

Angelika Pielas

Umgang und Kommunikation mit demenzkranken Menschen

BACHELORARBEIT

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2016

Angelika Pielas

Umgang und Kommunikation mit demenzkranken Menschen

eingereicht als

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2016

Erstprüfer: Dr. phil. Michael C. Hille

Zweitprüfer: Prof. Dr. B. Wedler

Bibliographische Beschreibung:

Angelika Pielas:

Umgang und Kommunikation mit demenzkranken Menschen. 38 S., 3 Anlagen

Mittweida , Hochschule Mittweida (FH), Fakultät Soziale Arbeit,

Bachelorarbeit, 2016

Referat:

Meine Bachelorarbeit befasst sich mit dem Thema „Umgang und Kommunikation mit demenzkranken Menschen“. Meine Arbeit besteht aus zwei Teilen. In ersten Teil versuche ich allgemein das Thema Demenz und Krankheitsbilder zu erläutern. Im mit zweite Teil beschäftige ich mich mit der praktischen Seite des Umgangs und der Kommunikation mit psychisch veränderten Menschen im Alter. Der Schwerpunkt meiner Arbeit ist die Anwendung einer Kommunikationsmethode der „Validation“ und Auseinandersetzung der eingesetzten Methoden.

I Inhaltsverzeichnis

II Abkürzungsverzeichnis

Einleitung.....	1
Teil 1 - Krankheitsbild Demenz.....	4
1.1. Demenz.....	4
1.2. Symptome der Demenzerkrankung.....	5
1.2.1. Primäre Demenz.....	6
1.2.2. Sekundäre Demenz.....	6
1.3. Epidemiologie: Die Häufigkeit der Demenz.....	7
1.4. Diagnosen der Demenz.....	8
1.4.1. Alzheimer-Krankheit (AD).....	8
1.4.2. Vaskuläre Demenz	9
1.4.3. Lewy-Body- oder Lewy-Körperchen-Demenz	10
1.4.4. Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	10
1.4.5. Demenz bei Morbus Parkinson	11
Teil 2 - Kommunikationsmethode Validation	12
2.1. Geschichte der Validation	12
2.1.1. Definitionen.....	13
2.2. Emotionale Kommunikation	14
2.3. Validation nach Naomi Feil	16
2.3.1. Techniken und Möglichkeiten zur Anwendung der Validation.....	18
2.3.2. Ziele	21
2.4. Integrative Validation.....	22
2.5. Vergleich der Validationen	23
2.6. Kritik der Validationstheorie	27
2.7. Grenzen der Validation	30
2.8. Validation in der Praxis	31
2.8.1. Anwendung der individuellen Validation	32
2.8.2. Anwendung der Gruppenvalidation	33
2.9. Rolle der Validation in der Sozialen Arbeit	34
2.10. Schlussforderung	36

III Anlagenverzeichnis

IV Quellenverzeichnis

V Eigenständigkeitserklärung

II Abkürzungsverzeichnis

%	Prozent
BMFSF	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
Dr. phil.	doctor philosophiae (Doktor der Philosophie)
etc.	et cetera
HIV	Humane Immundefizienz-Virus
ICD	International Clasification of Diseases
IV	Integrative Validation
S.	Seite
u.a.	unter anderem, und andere
usw.	und so weiter
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel

Einleitung

In Deutschland gibt es derzeit rund 1,5 Millionen Menschen mit Demenzerkrankungen. Demenz ist ein Sammelbegriff für viele Krankheiten, die in der Regel bei älteren Menschen auftreten (vgl. www.tagesschau.de).

Wegen der demographischen Entwicklung und des grassierenden Gesundheitswahns steht das Gesundheitssystem bald vor dem Kollaps. Die Studie besagt, dass bis ins Jahr 2050 die Zahl der über 80-jährigen um 156% ansteigen wird. Es wird in Deutschland in der Zukunft nicht nur immer mehr Rentner, sondern vor allem immer mehr Hochbetagte geben (vgl. www.gesundheitlicheaufklaerung.de).

Die Volkskrankheit Demenz breitet sich weltweit dramatisch aus und verschlingt enorme Summen. Laut Aussagen der Wissenschaftler steigen die Kosten zur Behandlung der Demenz verhältnismäßig schneller als die Zahl der Betroffenen. Das künftige Ausmaß der Krankheit wurde von Wissenschaftlern im letzten Welt-Alzheimer-Bericht von 2009 um 12 - 13% unterschätzt (vgl. www.tagesschau.de).

Die Folgen einer Demenz sind sehr vielfältig. Die geistigen Leistungen sind in mehreren Bereichen beeinträchtigt. Das Sozialverhalten, die Motivation und die Persönlichkeit dementer Menschen verändern sich.

Neben meinem Studium arbeitete ich in einer stationären Einrichtung für hochbetagte Pflegebedürftige. Dort machte ich ernüchternde Erfahrungen mit demenzkranken Menschen. In der Anfangsphase meiner Arbeit erlebte ich oft Schocksituationen, in denen ich nicht wusste, wie ich mit den Menschen umgehen soll. Ich fing an, mich mit dem Thema Demenz, ihren Krankheitsbildern, Ursachen und der Entwicklung der Krankheit zu beschäftigen. Vor allem der richtige Umgang und die Kommunikation mit den Menschen war mein Hauptproblem. Selbst das Fachpersonal konnte mir leider keine kompetenten Tipps und professionellen Vorgehensweisen in Krisensituationen geben. Leider gab es auch keine Zeit dafür. Das Interesse war bei mir großgeschrieben, deswegen suchte ich selbst nach den entsprechenden Informationen über das Verhalten der verwirrten Menschen und die Krankheitsbilder. Ich stellte mir die Fragen: Wie verhalte ich mich den

verwirrten und zeitdesorientierten Menschen gegenüber? Warum reagieren sie aggressiv? Warum wollen sie nach Hause gehen oder weglaufen? Warum suchen sie nach ihren Eltern? Ich suchte nach Antworten und einem richtigen Umgang mit den Demenzkranken. Ich hoffte eine Möglichkeit zu finden mit den Menschen zu kommunizieren, sie besser verstehen zu können und den Stress bei den Pflegenden und Betroffenen abzubauen. Ich wollte den Weg zur Welt der Dementen finden und mit ihnen in Krisensituationen kommunizieren können. Ich stieß auf den Begriff „Validation“ und fing an, mich mit der Methode auseinanderzusetzen. Ich stellte fest, dass es doch ein Versuch wert ist, diese theoretischen Ansätze während meiner Arbeit im Pflegeheim in die Praxis umzusetzen. Ich war zuerst skeptisch, weil die Theorie ziemlich kompliziert und umfangreich war und alle Personalkräfte die Methode mit der Aussage: „Wir haben keine Zeit“ kritisierten.

Am Anfang startete ich ein paar einfache Versuche der verbalen Validation mit einer Patientin, die sich gerade in der zweiten Phase der Desorientierung befand. Ich erlebte kleine Erfolge und hatte Motivation weiter zu machen und mein Wissen zu erweitern. Ich war doch positiv überrascht, dass die Methode im größten Teil funktioniert und nicht immer viel Zeit in Anspruch nimmt. Ich wusste sofort, dass ich mich mit dem Thema weiter beschäftigen möchte, deswegen entschied ich mich in der vorliegenden Arbeit mit dem Umgang und der Kommunikation mit demenzkranken Menschen zu befassen.

Ich stellte mir auch die Frage, welche Rolle die Validation in der sozialen Arbeit spielt und welche Bedeutung sie sowohl fürs Personal als auch für die Betroffenen hat.

Durch das fehlende Fachwissen bei dem Pflegepersonal und den Angehörigen werden die Menschen von der Gesellschaft ausgegrenzt und in die Einrichtungen „abgeschoben“. Das Gesundheitswesen müsste das Thema verbreiten und Familien die Möglichkeit geben, sich in dieser Richtung weiter zu bilden, damit Angehörige die Demenzkranken verstehen können. Viele Demenzkranke werden noch zu Hause von ihren Familienmitgliedern betreut. Die betroffenen Familien leiden zusammen mit ihren Pflegebedürftigen. Hoch belastete pflegende Angehörige erkranken häufig selbst, weil sie überfordert sind und oft die Krankheit nicht akzeptieren und verstehen können. Menschen

mit Demenz verlieren mit der Zeit die Fähigkeit zu kommunizieren. Einfache Unterhaltungen mit der Mutter oder dem Vater werden schwierig bis unmöglich. Das stellt eine große schmerzhaft Belastung sowohl für die Familie als auch für die Erkrankten dar.

Um die psychische und körperliche Erschöpfung zu vermeiden, sollten sich die Angehörigen rechtzeitig Unterstützung holen und sich gut über Demenz und andere Formen dieser Krankheit informieren. Sie können soziale Beratungszentren, Selbsthilfegruppen und Angebote der Krankenkassen berücksichtigen, damit sie ihre kranken Angehörigen im Alltag besser verstehen und demenzgerecht kommunizieren können. Die Krankenkassen übernehmen viele Vorsorgeuntersuchungen, Beratungsgespräche, Kosten für Hilfsmittel, Therapien und Rehabilitationsmaßnahmen (vgl. www.wegweiser-demenz.de).

Der andere Aspekt der gesellschaftlich verdrängten Krankheit ist die Stigmatisierung. Dement bedeutet nicht „verrückt“ sein. Diese Stigmatisierung müssen wir durch das kompetente Wissen über die Entwicklung und die Folgen der Krankheit bewältigen. Unsere Zukunft bedeutet das Leben mit Demenz. Dieses Leben müssen wir anerkennen und respektieren. Die Aufklärung und Eingliederung aller Bürger in der Gesellschaft und im Alltag können in der Zukunft Ängste und Ausgrenzungen vermeiden.

Dazu sollte man schon die jungen Generationen für mehr Engagement motivieren und könnte über verschiedene Methoden der Kommunikation und den richtigen Umgang mit dementen Menschen aufklären.

Das Arbeitsfeld „Alter“ der sozialen Arbeit entwickelt immer mehr Einsatzmöglichkeiten und damit verbundene große Herausforderungen für die professionellen Fachkräfte, die diesen Teil der Gesellschaft verstehen, beraten und unterstützen wollen. Ein gut qualifizierter Sozialarbeiter soll in seinem Bereich professionell auftreten und sein Wissen gezielt einsetzen können. Umso wichtiger sind für die soziale Arbeit die Kommunikationsmethoden und der richtige Umgang mit den psychisch veränderten Menschen. Die Gesellschaft der Zukunft wird auch eine Gesellschaft mit Demenz sein.

Teil 1 - Krankheitsbild Demenz

1.1. Demenz

„Weg vom Geist" bzw. "ohne Geist" – so lautet die wörtliche Übersetzung des Begriffs "Demenz" aus dem Lateinischen. Damit ist das wesentliche Merkmal von Demenzerkrankungen vorweggenommen, nämlich der Verlust der geistigen Leistungsfähigkeit. Am Anfang der Krankheit stehen Störungen des Kurzzeitgedächtnisses und der Merkfähigkeit. In ihrem weiteren Verlauf verschwinden auch bereits eingeprägte Inhalte des Langzeitgedächtnisses, sodass die Betroffenen zunehmend die (während ihres Lebens) erworbenen Fähigkeiten und Fertigkeiten verlieren (vgl. www.bmg.bund.de).

Nach der Internationalen Klassifikation von Krankheiten (ICD) geht der Begriff Demenz von einer Feststellung sowohl bei der Abnahme des Gedächtnisses und des Denkvermögens, als auch bei einer Beeinträchtigung in den persönlichen und alltäglichen Lebenssituationen aus (vgl. Krämer und Förstl: 2000, S.12).

Zur Diagnostik einer Demenz müssen die Teilleistungen des Gedächtnisses durch gezielte Aufgaben geprüft werden. Aufmerksamkeitsleistungen, wie rückwärts rechnen (z.B. 100 - 7) und Nachsprechen (z.B. drei Wörter - Zitrone, Ball, Tafel) stehen für Aspekte des Kurzzeitgedächtnisses. Das Wiedererinnern nach Bearbeiten einer anderen Aufgabe (z.B. "Wiederholen Sie bitte die Ihnen vorhin genannten Begriffe.") ist ein Teil des Langzeitgedächtnisses. Diese Aufgaben lassen sich durch den Test, wie den Mini Mental State Test (MMST) einfach prüfen.

Es gibt noch eine andere Reihe von psychometrischen Tests, die in der Hauspraxis durchgeführt werden können (vgl. Sprei, Martius, Förstl: 2012, S. 31):

- MMST
- SKT (Syndrom-Kurz-Test)
- Uhren-Ergänzungstest
- TFDD (Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung)
- Nürnberger Altersinventar (NAA,NAB)

1.2. Symptome der Demenzerkrankung

Bei der beginnenden Demenz entwickelt sich typischerweise eine Störung des episodischen Neugedächtnisses. Die Patienten können sich Erlebnisse nur mehr schwer einprägen und sich nicht mehr an kurz zurückliegende Ereignisse erinnern. Die Vergesslichkeit (Amnesie) ist meist das Kernproblem der beginnenden Demenz. Weitere häufige Symptome einer Demenz sind Defizite des nichtdeklarativen Gedächtnisses, des Erkennens (Agnosie) und des Handlungsablaufs (Apraxie). Dazu können sogenannte nichtkognitive Störungen des Erlebens und Verhaltens auftreten, z.B. Verkennungen, Halluzinationen, Agitation und affektive Symptome wie Aggressivität oder Apathie. Die Schweregrade dementieller Erkrankungen werden nach der Alltagsbeeinträchtigung bestimmt. Im leichten Demenzstadium ist noch weitgehend unabhängiges Leben möglich. Patienten im mittelschweren Demenzstadium brauchen mehrere Stunden Hilfe am Tag, auch bei einfachen Aufgaben. Im schweren Demenzstadium können sich die Patienten nicht mehr alleine versorgen und müssen bei einfachen Verrichtungen unterstützt werden (vgl. Sprei, Martius, Förstl: 2012, S. 32).

Symptom einer Demenz ist die Kombination von Störungen in unterschiedlichen Bereichen der geistigen Leistungsfähigkeiten:

- Gedächtnis
- Denk- und Urteilsvermögen
- Orientierung
- Wortfindung
- andere Aspekte der Sprache
- Erkennen
- Bewegen und Handeln
- Lesen, Schreiben und Rechnen
- Schlafen
- Alltagsverhalten
- Persönlichkeit
- Wahrnehmung und Verarbeitung
- Vegetative und andere körperliche Funktionen

1.2.1. Primäre Demenz

Die Demenzkrankheit wird unterschieden zwischen primären und sekundären Formen. Die primären Demenzen werden durch eigenständige degenerative oder vaskuläre Hirnerkrankungen ausgelöst. Zur Gruppe der primär neurodegenerativen Demenzen gehört die Alzheimer-Erkrankung, die rund 50 - 70% aller Demenzformen ausmacht.

Bei den degenerativen Erkrankungen dominieren überwiegend subkortikale Krankheiten wie z.B.: (vgl. Mike, Schelling: 2005).

- Parkinsonismus mit Demenz
- Chorea Huntington
- Progressive supranukleare Paralyse
- Shy-Drager-Syndrom
- Multiple Systematrophie mit Demenz
- Neurodegeneration mit Eisenablagerung im Gehirn

1.2.2. Sekundäre Demenz

Unter den sekundären Demenzen klassifizieren sich internistische Krankheiten wie Bluthochdruck, Diabetes, endokrine Erkrankungen (z.B. Schild-oder Hirnanhangdrüse) sowie zahlreiche Mangelsyndrome (z.B. Vitamin-B12 und Folsäuremangel). Weiter können auch Hirntumore, Infektionen (z.B. HIV) sowie chronische Intoxikationen, wie Medikamente, Alkohol oder Industriegifte, dazu gehören (vgl. Ambulante Betreuung Hilfs- und pflegebedürftiger Menschen: 2009, S. 21).

Sekundäre Demenzen sind eine Folge anderer Erkrankungen. Der geistige Verfall folgt nach einer organischen Erkrankung, wie einer Hirnverletzung, einem Hirngeschwulst oder einer Herz-Kreislauf-Krankheit. Arzneistoffe und Gifte, wie Alkohol oder andere Drogen, können auch dazu führen. Wenn die Grunderkrankung wirksam behandelt wird und die Giftstoffe das Gehirn nicht mehr belasten oder Verletzungen geheilt sind, normalisiert sich meist die geistige Leistungsfähigkeit wieder (vgl. www.alzheimerinfo.de).

Sekundäre Demenzen treten bei Hydrozephalus, metabolischen Störungen, Mangelernährung, Intoxikationen, Hirntraumata und Hirntumoren auf. Sie können auch durch Infektionen verursacht werden, wie z.B. Creutzfeld-Jakob-Krankheit, Syphilis und AIDS.

1.3. Epidemiologie: Die Häufigkeit der Demenz

Epidemiologie bedeutet eine Untersuchungsmethode, mit der die Verteilung von Krankheiten in größeren Bevölkerungsgruppen untersucht wird. Die Epidemiologie der Demenz kann eine Verbindung zwischen einer chronischen Verwirrtheit, einem Erbfaktor, einer bestimmten Kost-Form in der Kindheit oder dem Gebrauch bestimmter Medikamente in den vergangenen Jahren sein (vgl. Mace, Rabins: 2001, S. 343).

In Deutschland leben etwa 1,5 Millionen demenzkranke Menschen, weltweit sind es knapp 47 Millionen. Das geht aus dem Welt-Alzheimer-Bericht hervor. Schon heute erkrankt alle 3,2 Sekunden irgendwo auf der Erde ein Mensch an Demenz. 2030 werden es 74,1 Millionen sein, 2050 schon 131,5 Millionen - davon rund 60% in ärmeren Ländern (siehe Anlage 2, vgl. www.tagesschau.de).

Der größte Teil der Patienten ist mit der Diagnose einer Alzheimer-Demenz (AD) betroffen. Viele Menschen leiden zusätzlich unter vaskulären (Gefäß-) und anderen Hirnveränderungen. Dementielle Erkrankungen können auch im Kindes- und Jugendalter auftreten. Der Risikofaktor der Demenz ist aber das "Alter", wobei 5% der 65-Jährigen und über 20% der 85-Jährigen an dieser Krankheit leiden (vgl. Sprei, Martius, Förstl: 2012, S. 31).

In der Gruppe der 80-Jährigen bis 89-Jährigen treten mehr als die Hälfte der Neuerkrankungen auf (über 90.000 pro Jahr). Der andere Teil entfällt mit etwa 80.000 Neuerkrankungen auf die Gruppe der 65-Jährigen bis 79-Jährigen.

Für die Frauen scheint die Erkrankungswahrscheinlichkeit besonders hoch zu sein. Während das Risiko für die Männer aufgrund ihrer geringeren Lebenserwartung 16% darunter liegt (vgl. Ambulante Betreuung Hilfs- und pflegebedürftiger Menschen: 2009, S. 30).

1.4. Diagnosen der Demenz

1.4.1. Alzheimer-Krankheit (AD)

1906 untersuchte ein deutscher Neurologe, Alois Alzheimer, bei einer Autopsie das Gehirn einer 51-jährigen Frau. Er entdeckte „bemerkenswerte Veränderungen in den Nervenfasern“ und eine „eigenartige Substanz in der Hirnrinde“ und stellte fest, dass es sich dabei um einen Krankheitsverlauf handelt. Alzheimer fand jene Nervenfaserknoten und altersbedingte Ablagerungen. Nervenfaserknoten bestehen aus einzelnen, verdrehten Fasern bzw. fadenartigen Strukturen im Hirn. Altersbedingte Ablagerungen sind schichtweise Ablagerungen des Proteins Beta-Amyloid, die an der Oberflächenmembran von absterbenden Nervenzellen gefunden werden.

Diese Nervenfaserbündel und altersbedingten Ablagerungen identifizieren die Alzheimer-Krankheit und so wurde sie nach dem Neurologe Alois Alzheimer benannt (vgl. Naomi Feil: 2007, S. 36).

Bei der Alzheimer-Krankheit werden die Ausläufer der Nervenzelle zerstört und dabei die Kommunikation zwischen den Zellen und die notwendigen chemischen Prozesse beeinträchtigt. Die Ursache dieses Vorgangs ist noch nicht bekannt. Die Wissenschaftler stellen sich die Frage, ob diese Eiweißablagerungen bei der Vernichtung von Neuronen im Gehirn eine Ursache oder eine Folge der Krankheit ist. Es steht fest, dass das Absterben der Nervenzellen im Hippocampus beginnt, mit dem neue Informationen aufgenommen werden und in dem eine Selektion dessen stattfindet, was ins Langzeitgedächtnis aufgenommen wird. Vom Hippocampus aus verbreitet sich die Krankheit später über andere Teile des Gehirns (vgl. H. Buijssen: 2008, S. 24).

Bei der Alzheimer-Demenz handelt es sich um eine typische Alterskrankheit. Über 95% der Erkrankungen beginnen nach dem 65. Lebensjahr und mit zunehmendem Alter nimmt die Häufigkeit immer stärker zu (vgl. H. Buijssen: 2008, S. 24).

Die genaue Feststellung einer Demenz vom Alzheimer-Typ erfordert umfangreiche Tests (z.B. Psychomotorik, Neurologie, Laboruntersuchungen). Defizite des Getesteten werden in folgenden Bereichen gefunden: Erinnerung,

Orientierung, Beurteilungsvermögen, logisches Denken, abstraktes Denken, angemessene Reaktionen auf Gefühle bzw. mit Gefühlen, Aufmerksamkeits- oder Konzentrationsvermögen und Alltagsverrichtungen (vgl. N. Feil: 2007, S. 37).

1.4.2. Vaskuläre Demenz

Vaskulär heißt gefäß- oder durchblutungsbedingt. Vaskuläre Demenzen treten aufgrund der Durchblutungsstörungen des Gehirns auf.

Nach der Alzheimer-Krankheit ist die vaskuläre Demenz die zweithäufigste Form. Es gibt mehrere Formen der vaskulären Demenz. Die wichtigste ist die Multi-Infarkt-Demenz (MID), d.h. kleine, leise Infarkte oder etwas größere Gehirnschläge, die das Gehirngewebe an mehreren Stellen absterben lassen (vgl. H. Buijssen: 2008, S. 24).

Man vermutete früher, dass vaskuläre Demenzen auf wiederholte, kleinere Schlaganfälle zurück zu führen sind, weshalb der Fachbegriff Multi-Infarkt-Demenz entstand. Inzwischen hat sich aber gezeigt, dass viele Menschen mit einer vaskulär mitverursachten Demenz keine erkennbaren Schlaganfälle erleiden, die sich später durch Beschwerden wie Lähmungen oder Sprachstörungen bemerkbar machen.

Grundsätzlich sind die Risikofaktoren für einen Schlaganfall die gleichen, die auch zur vaskulären Demenz führen können. Die Risikofaktoren sind u.a. Bluthochdruck, Herzerkrankungen, Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), ein hoher Cholesterinspiegel (Blutfettwerte), Übergewicht, Bewegungsmangel und Rauchen (vgl. www.deutsche-alzheimer.de).

Es kann auch schon nach einem einzigen, größeren Schlaganfall zu einer erheblichen Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit kommen, die die Kriterien einer Demenz erfüllen (vgl. Krämer und Förstl: 2000, S. 38).

Die häufigste Form vaskulärer Demenz ist die so genannte subkortikale arteriosklerotische Enzephalopathie (SAE), die nach dem Nervenarzt Otto Binswanger benannt wird. Dabei kommt es im Marklager des Großhirns unterhalb der Hirnrinde durch arteriosklerotische Veränderungen an kleinen

Arterien zu einem Gewebsuntergang, ohne dass abgrenzbare Schlaganfälle auftreten müssen (vgl. Krämer und Förstl: 2000, S. 38).

1.4.3. Lewy-Body- oder Lewy-Körperchen-Demenz

Die Lewy-Körperchen-Demenz wurde erstmal vom deutschen Nervenarzt F. H. Lewy nachgewiesen. Er war zeitweise ein Mitarbeiter von Alois Alzheimer im Labor in München, wo er die Nervenzellen des Gehirns von Menschen mit der Parkinson-Krankheit untersuchte und die charakteristischen Einschlüsse beschrieb (Alzheimer-Krankheit). Inzwischen weiß man aber, dass sich die Lewy-Körperchen auch im Gehirn normal alternder Menschen, bei der Alzheimer-Demenz und auch bei anderen Krankheiten finden. Bei der benannten Demenzerkrankung sind sie besonders zahlreich in Hirnzellen nachweisbar (vgl. Krämer und Förstl: 2000, S. 40).

Die Demenz mit Lewy-Körperchen ähnelt der Alzheimer-Demenz und der Parkinson-Krankheit. Sie wurde bis jetzt nicht als eigenständige Erkrankung betrachtet. Inzwischen steht aber fest, dass die Erkrankung schätzungsweise von 15 - 25% aller Demenzen ausmacht (vgl. Krämer und Förstl: 2000, S. 41).

Typisch für diese Form der Demenz sind die starken Schwankungen des geistigen Funktionierens. Schlechte Perioden wechseln sich mit klaren ab. Während der Perioden von Verwirrtheit leiden die Erkrankten oft an visuellen oder auditiven Halluzinationen. Die Betroffenen sehen oder hören Dinge, die in der Realität nicht vorhanden sind und können dann detailliert darüber berichten. Es können auch Störungen von Motorik, wie Steifheit, eine gebeugte Haltung, Trägheit und ein schleppender Gang, auftreten (vgl. H. Buijssen: 2008, S. 26).

1.4.4. Creutzfeldt-Jakob-Krankheit

Die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit wurde erstmals 1920 von den Neurologen Creutzfeldt und Jakob beschrieben.

Die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit gilt als menschliche Variante des sogenannten "Rinderwahnsinns" (BSE) und kommt bei Menschen sowohl als "sporadische" als auch erbliche und durch Infektion erworbene Form vor.

Die Krankheit ist sehr selten (ca. 80 Fälle pro Jahr in Deutschland) und tritt als sehr schnell (6 - 12 Monate) fortschreitende Demenz in Erscheinung, die typischerweise von motorischen Störungen in Form von Myoklonien (ausgeprägte unwillkürliche Muskelzuckungen) und Ataxie (ausgeprägte Gleichgewichts- und Koordinationsstörungen) begleitet ist.

Die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit wird durch die Ablagerung atypischer Eiweißbruchstücke, den sogenannten Prionen, verursacht. Diese führen zu einer schwammartigen Zerstörung des Hirngewebes vor (vgl. www.deutsche-alzheimer.de).

1.4.5. Demenz bei Morbus Parkinson

Im Jahre 1817 beschrieb der britische Arzt James Parkinson in seiner Abhandlung „Über die Schüttellähmung“ erstmals die Hauptsymptome des Leidens, das später nach ihm benannt wurde (vgl. www.apotheken-umschau.de)

Das Hauptsymptom der Parkinson-Krankheit besteht in einer chronischen Verlangsamung aller Bewegungsabläufe, einer Unfähigkeit neuer Bewegungen zu initiieren und einer Störung der Feinmotorik.

Bei vielen Betroffenen tritt darüber hinaus im Ruhezustand ein charakteristisches Zittern (sogenannter "Pillendreher"-Tremor) und bei der neurologischen Untersuchung eine typische Steifigkeit der Arme und Beine (sogenannter Rigor) in Erscheinung.

Das durchschnittliche Erkrankungsalter liegt zwischen 50 und 79 Jahren. 40% der Betroffenen erkranken in diesem Zeitraum.

In über 80% der Fälle tritt die Parkinson-Krankheit ohne erkennbare Ursache auf. Genetische Untersuchungen an Parkinson-Familien weisen jedoch darauf hin, dass in seltenen Fällen die Anlage für die Erkrankung vererbt werden kann.

Andere mögliche Ursache ist eine verstärkte Belastung mit Umweltgiften (z.B. Pestizide, Schwermetalle), die die Krankheit begünstigen (vgl. www.apotheken-umschau.de).

Teil 2 - Kommunikationsmethode Validation

2.1. Geschichte der Validation

Die Methode der Validation wurde erstmals 1963 im Montefiore-Pflegeheim in Cleveland im US-Bundesstaat Ohio entwickelt.

Naomi Feil als Begründerin der Validation wurde 1932 in München geboren und wuchs in dem von ihrem Vater geführten Montefiore-Altersheim in Cleveland, Ohio, auf. Ihr Vater war ein Psychologe und war dort der Verwalter. Ihre Mutter war die erste diplomierte Sozialarbeiterin, die in einem Altersheim arbeitete. Sie baute dort die Abteilung für Soziale Dienste auf (vgl. N. Feil: 2007, S. 33).

1950 ging Naomi Feil nach New York, um Soziale Arbeit und Psychologie an der Columbia Universität zu studieren. Um 1956 begann sie mit alten Menschen im New Yorker Gemeindezentrum zu arbeiten.

1963 ging sie zurück nach Cleveland, um zu unterrichten, ihren Studienabschluss zu machen und mit den verwirrten Bewohnern des Heims zu arbeiten, in dem sie aufgewachsen war (vgl. N. Feil: 2007, S. 13).

In dem gleichen Jahr begann sie ihre Arbeit mit 30 wahrnehmungsbeeinträchtigten Bewohnern des Heims. Sie waren zwischen 78 und 101 Jahren alt und hatten bis dato keine psychischen Erkrankungen aufgewiesen. Ihr Ziel war es, die Fähigkeit, unabhängig zu agieren sowie die Selbstwahrnehmung der alten Menschen wiederherzustellen, vorhandene Gehirnfunktionen zu stimulieren, die Kommunikation zu verbessern sowie soziale Kontrollen und das Wohlbefinden zu erhöhen (Altenpflege-Vorsprung durch Wissen:9/2011, S. 31).

Fünf Jahre hat sie versucht, die Pflegeheimbewohner an die Realität der Außenwelt heranzuführen. Sie baute zunächst eine enge Beziehung auf, in dem

sie negative Emotionen zuließ und Respekt zeigte (Altenpflege-Vorsprung durch Wissen, 9/2011 Vincent, S. 31).

Ihr erster Fall war der 73-Jähige Isidor Rose, mit dem sie sich zehn Jahre beschäftigte (vgl. N. Feil: 2007, S. 25).

Naomi Feil hat von ihm und anderen Bewohnern viel gelernt. Die Menschen wollten keine Einsicht, sie mussten ihre Gefühle ausdrücken, ohne die zugrundeliegenden Ursachen anerkennen zu müssen.

Unterdrückte Gefühle verursachen Schmerzen, aber unterdrückte Gefühle, die gegenüber einem empathischen Zuhörer ausgedrückt werden, werden schwächer. Der Patient fühlt sich befreit und erleichtert (Altenpflege-Vorsprung durch Wissen: 9/2011, S. 31).

2.1.1. Definitionen

Das Wort „**validieren**“ bedeutet gültig, rechtskräftig machen. In der Fachsprache bedeutet es die Wichtigkeit, die Zuverlässigkeit, den Wert von etwas feststellen, bestimmen (Duden Deutsches Universal Wörterbuch 1996).

„Validation ist eine Kommunikationsmethode, mittels derer man lernen kann, mit solchen sehr alten Menschen, die an der Alzheimer-Krankheit bzw. damit verwandten Form von geistiger Verwirrtheit leiden, in Verbindung zu treten und zu bleiben (...)“ (N. Feil: 2007, S. 44).

Validation basiert auf einer Einstellung, die den älteren Menschen, die an Demenz vom Typ Alzheimer erkrankt sind und darum kämpfen, vor ihrem Tod noch bestimmte unerfüllte Aufgaben zu erledigen, vor allem Respekt und Einfühlung entgegenbringt. Durch die Validation bekommen ältere Menschen jemanden, der ihnen mit Einfühlung zuhört, der sie nicht verurteilt, sondern der ihre Sicht der Realität akzeptiert (vgl. N. Feil: 2007, S. 44).

„Validation ist eine Methode, um mit desorientierten, sehr alten Menschen zu kommunizieren. Diese Technik hilft Stress abzubauen und ermöglicht diesem Personenkreis, Würde und Glück wiederzuerlangen. Validation basiert auf

einem empathischen Ansatz und einer ganzheitlichen Erfassung des Individuums (...)" (www.validation-eva.com).

„Das Wort „**integrativ**“ kann mehrfach verstanden werden. Zunächst wird durch das Vorgehen im Sinne der IVA das vermeintlich unsinnige Verhalten der Menschen mit Demenz in einem Sinnzusammenhang gesehen, er wird in einem Kontext integriert – die zunächst unpassende Aussage „Ich will zu meiner Mama“ passt nun wieder zum Erleben der Person, ist eingeordnet und verstanden. Damit integriert sich der Betreffende wieder stärker in sein Umfeld, seine Handlungsmöglichkeiten werden erweitert. Im dritten Wortsinn findet sich die IVA in den Alltag des Menschen mit Demenz integriert, fügt sich ein, kann wirksam werden, sozusagen „Im Vorübergehen“. Die vierte Bedeutung bindet die Verzahnung der Methode der Integrative Validation nach Richard mit benachbarten Disziplinen und Themen ein (Körpersprache, Biografie-, Milieuarbeit, Umgang mit sexualisierten Begegnungen, mit herausforderndem Verhalten, mit dem Energiefresser Aufregung, Ernährung usw.)“ (N. Richard: 2012, www.integrative-validation.de).

Integrative Validation ist eine verbale und nonverbale Kommunikations- und Umgangsform mit Menschen mit Demenz. Sie konzentriert sich auf die Gefühlsebene und soll dem Menschen ein Zugehörigkeitsgefühl geben, ein Verstanden-Werden ermöglichen und eine Überforderung vermeiden (vgl. www.alzheimer-bw.de).

2.2. Emotionale Kommunikation

Nach N. Feil ist das gegenwärtige Verhalten eines Menschen nur in Zusammenhang mit seiner jeweiligen Vergangenheit zu verstehen. Die Art, wie ein Mensch gelebt hat und wie er seinen biologischen, sozialen und psychischen Lebenskrisen begegnet ist, sowie die Kultur, in der er sich früher und heute bewegt, prägen sein gegenwärtiges Verhalten. Der Mensch ist in seinem Unterbewusstsein psychisch aktiv, was sich in Träumen, Symbolen und Fehlern äußert. Der Pflegende muss eine wertneutrale, positive Betrachtung für andere haben und muss auch gut zuhören und Empathie aufbringen.

Empathie ist ein Schlüssel zur Heilung und als zentrales Element für den Therapieerfolg anzusehen (vgl. Altenpflege-Vorsprung durch Wissen: 9/2011, S. 30).

Wichtig ist nicht nur die verbale sondern auch die nonverbale Kommunikation.

Emotionale Kommunikation wurde weiter von Martin Weidenfelder aus der Integrativen Validation entwickelt (vgl. www.seelsorge-im-alter.de).

Martin Weidenfelder ist Diakon und evangelischer Seelsorger im Altenhilfebereich. Er ist als Trainer für Emotionale Kommunikation in Pflegeeinrichtungen tätig sowie Fortbildungsreferent im Diakoniewerk in Schwäbisch Hall. Unter dem Titel „Mit dem Vergessen leben“ hat er ein bemerkenswertes, praxisnahes Buch zum Thema „Demenz“ geschrieben (vgl. www.upendo.tv).

In drei Schritten teilt Weidenfelder die von ihm angewandte Emotionale Kommunikation ein.

"Emotionen sind das, was einen Menschen antreibt." Diese Aussage ist bereits der erste Schritt und äußert sich häufig in Angst, Hilflosigkeit oder auch Orientierungslosigkeit. "Hören Sie einfühlsam zu." (Martin Weidenfelder:2013, www.swp.de).

Der zweite Schritt ist die wertschätzende und akzeptierende Benennung von Gefühlen und Äußerungen. "Vergessen Sie den Satz: Ich verstehe gut, wie es Ihnen geht. Das können Sie gar nicht! Zeigen Sie stattdessen, dass Sie die Gefühle ihres Gegenübers erkennen und benennen Sie diese, wie: Sie möchten gern nach Hause oder Sie sind eben unruhig." (Martin Weidenfelder:2013, www.swp.de).

Durch das Achten auf Gestik, Mimik und Gefühlslagen seien vorhandene Ressourcen wie Fähigkeiten, Emotionen und frühe Einprägungen zu finden. Ist die Kommunikation nicht mehr möglich bleibt nur noch die Berührung.

Der dritte Schritt ist die Bestätigung durch allgemein Bekanntes. Erinnerungspflege kann durch passende Lebensweisheiten, Gegenstände, Lieder oder Gedichte stimuliert werden. Das allerdings muss zu den Erinnerungen des Erkrankten passen. "Probieren Sie aus. Alles was diesen

Menschen gut tut, ist gut. Auf dieser Ebene könnten Betroffene spüren, dass man gut mit ihnen umgehe." (vgl. www.swp.de).

Zusammenfassend kann man folgende Haltung zeigen: Erleben respektieren, in die Erlebenswelt einfühlen, Gefühle achten und wertschätzen, ansprechen, aussprechen und ernst nehmen (vgl. www.swp.de).

2.3. Validation nach Naomi Feil

Validation ist eine Kommunikationsmethode, die Naomi Feil auf der Theorie des Stufenmodells der psychosozialen Entwicklung nach Erikson aufbaute.

Der Psychoanalytiker Erik H. Erikson (1902 - 1994) erweiterte in seinen Arbeiten die klassische Psychoanalyse um die psychosoziale und die psychohistorische Dimension. In seinem Stufenmodell übersetzt er die Phasenlehre von frühkindlichen Verhaltensweisen zum Erwachsensein.

Erik Erikson unterscheidet acht Lebensabschnitte: Säuglingsalter, Kindheit, Spielalter, Schule, Adoleszenz, Frühes Erwachsenenalter, Mittleres Alter und Alter (vgl. N. Feil: 2007, S. 26-31).

Nach diesem Modell baute Feil ihre Methode weiter aus und entwickelte dabei eine abschließende Lebensphase, die sie „Verarbeiten vs. Vegetieren“ nennt. Sie zeigt, dass desorientierte, sehr alte Menschen versuchen, angenehme Erfahrungen aus ihrer Vergangenheit zurückzuholen und ihren Schmerz und ihre Ängste zu lindern (Altenpflege-Vorsprung durch Wissen Vincent 2011, S. 25).

Naomi Feil stellt fest, dass die Entwicklungsgeschichte und körperliche Veränderungsprozesse untrennbar miteinander verbunden sind. Wichtig ist es, den ganzen Menschen zu betrachten, nicht nur den Zustand seines Gehirns, um die Gründe für sein Verhalten zu begreifen. Dieses Verhalten von älteren Menschen orientiert sich an der körperlichen, psychischen und sozialen Entwicklung. Man versteht das Verhalten von einem 3-Jährigen Kind, wenn es fantasiert und einen Teenager, wenn es seine Wut herauslässt, aber man muss das neue Verhalten des Menschen in sehr hohem Alter lernen zu verstehen. Bei der neuen Generation von sehr Alten wird durch die Medizin ihre letzte

Lebensphase ausgedehnt und man lernt erst jetzt damit umzugehen, wie es ist, sehr alt zu werden.

Nach Naomi Feil hält jeder Lebensabschnitt eine bestimmte Aufgabe für uns bereit. Menschen, die ihre Lebensaufgaben in jedem Abschnitt erledigen, erreichen Integrität im späteren Leben (vgl. N. Feil: 2007 S. 33).

Die unerledigten Aufgaben lassen sie nicht in Ruhe, sie verfolgen sie bis ins hohe Alter. Menschen mit ungelösten Lebensaufgaben tragen große emotionale Lasten. Sie versuchen sie noch vor ihrem Tod aufzuarbeiten. Bei der Verarbeitungsphase brauchen diese Menschen Validation (vgl. N. Feil: 2007 S. 33).

Als Naomi Feil 1963 in das Altenpflegeheim zurückkehrte, stellte sie einen interessanten Vergleich fest, den sie erst später bewusst realisierte. Die Bewohner, die sehr verwirrt und desorientiert waren, trugen alle in sich eine Ladung vergifteter Gefühle. Die Bewohner, die orientiert waren, hatten nur sehr wenig unbewältigtes Übergepäck mit sich zu schleppen. Als Feil ihre soziale Biografie untersuchte, stellte sie fest, dass die orientierten Bewohner ihre Lebensaufgaben zum richtigen Zeitpunkt erfüllt hatten. Sie hatten gelernt, anderen Menschen zu vertrauen und eigene Fehler zuzugeben (vgl. N. Feil: 2007 S. 33-34).

Die alten, verwirrten Menschen, die ihre notwendigen Lebensaufgaben in früheren Abschnitten ihres Lebens verweigerten, befanden sich nun in einer Phase ihres Lebens, in der sie das Bedürfnis hatten, diese Aufgaben zu erfüllen, damit sie in Ruhe sterben konnten.

Naomi Feil unterscheidet vier Phasen der Aufarbeitung, die die alten Menschen durchleben:

Phase 1 -Mangelhafte/unglückliche Orientierung (Die Person kann sich noch zeitlich und räumlich orientieren)

Phase 2 -Zeitverwirrtheit (Die Person vermischt Vergangenheit und Gegenwart)

Phase 3 -Sich wiederholende Bewegungen (Rhythmus und Bewegung ersetzen die Sprache)

Phase 4 -Vegetieren/Vor-sich-hin-Dämmern (Totaler Rückzug nach innen)

Mit jeder Phase baut der Körper ab und der Mensch zieht sich innerlich immer mehr zurück (vgl. N. Feil: 2007 S.48).

2.3.1. Techniken und Möglichkeiten zur Anwendung der Validation

Für den validierenden Umgang mit den Gefühlen und Bedürfnissen des Demenzkranken gibt es bestimmte Kommunikationstechniken und Regeln. Man braucht dafür das Vermögen, desorientierte alte Menschen zu akzeptieren und sich in sie einzufühlen. Die Personen, die validieren wollen, müssen fähig sein, ihre eigenen Urteile und Erwartungen vom Verhalten zu vergessen, um die Gründe hinter der Verwirrtheit von den Menschen zu begreifen. Jeder, der mit verwirrten sehr alten Personen arbeitet oder lebt, kann diese Techniken erlernen. Das können Familienmitglieder, Pflegehelfer, Sozialarbeiter, Ergo- und Physiotherapeuten, Krankenschwester, Mitarbeiter aus Pflegeheimen und Küche sowie Hausmeister sein. Naomi Feil betont, dass man nur acht Minuten am Tag für ein ehrliches Kommunizieren und Zuhören benötigt (vgl. N. Feil: 2007, S. 49).

Es gibt verschiedene Validationstechniken, die für verschiedene Abschnitte in der Aufarbeitungsphase geeignet sind.

– Zentrieren

Der Pflegende konzentriert sich auf seinen Atem, um möglichst viel Ärger und Frustration durch ihn auszustoßen. Der Pflegende öffnet sich für die Gefühle des Menschen, mit dem er in Verbindung kommen will (vgl. N. Feil: 2007, S. 49).

– W-Fragen

Der Pflegende stellt W-Fragen, um Fakten zu erfahren, ohne Gefühle anzusprechen. Durch solche Fragen wird die Glaubwürdigkeit des Desorientierten nicht angezweifelt und es entsteht Vertrauen. Man stellt die Fragen: Wer, Was, Wo, Wann, Wie, aber niemals Warum! Die Desorientierten

sind schnell überfordert und können darauf keine rationale Antwort geben (vgl. N. Feil: 2007, S. 52).

- **Umformulieren und Wiederholen**

Für die Menschen in der Aufarbeitungsphase ist es oft ein Trost, ihre Worte noch einmal von anderen zu hören. Der Pflegende soll die Kernaussage des alten Menschen wiederholen, ohne den Inhalt abzuschwächen. Er kann die gleichen Worte, aber mit bestätigendem oder fragendem Unterton benutzen. Es ist wichtig, dieselben Schlüsselworte zu verwenden, umzuschreiben und zusammenzufassen (vgl. N. Feil: 2007, S. 53).

- **Extreme einsetzen**

Bei dieser Technik fordert man die Person auf, bei einer Beschwerde an das Schlimmste zu denken. Im dem Fall drückt die Person ihre Gefühle intensiver aus und empfindet dadurch Erleichterung (vgl. N. Feil: 2007, S. 54).

- **Sich das Gegenteil vorstellen**

Der alte Mensch kann sich in dieser Technik das Gegenteil einer Problemsituation vorstellen. Er erinnert sich an eine bekannte Lösung des jeweiligen Problems, vorausgesetzt, der alte Mensch vertraut dem Pflegenden (vgl. N. Feil: 2007, S. 54).

- **Erinnern**

Das Erinnern an die Vergangenheit tut der Seele gut und baut eine vertraute Beziehung auf. Außerdem dient die Thematisierung des Vergangenen der Konfliktbewältigung. Mit gezielten Fragen kann die Erinnerung aktiviert werden und zur Lösung eines Problems eingesetzt werden, z.B. mit "Wie war Ihre Hochzeit?" (vgl. N. Feil: 2007, S. 55).

- **Augenkontakt**

Sehr alte Menschen in der Phase der Zeitverwirrtheit fühlen sich sicherer, wenn ihnen die Pflegenden durch engen Augenkontakt Anteilnahme vermitteln. Die Wanderer, die ständig auf der Suche nach einem Elternteil sind, hören oft mit dem Herumlaufen auf, wenn eine validierende Person ihnen direkt in die Augen schaut (vgl. N. Feil: 2007, S. 56).

- **Mehrdeutigkeit**

Zeitverwirrte, die sich in der dritten Phase befinden, verwenden oft Wörter, die für die anderen keinen Sinn ergeben. Die Sprache wird durch Laute und Mimik ersetzt. Dabei werden die Fürwörter (er, sie, es, etwas, jemand, oben, unten) benutzt, die als Platzhalter dienen und Mehrdeutigkeit zulassen (vgl. N. Feil: 2007, S. 56).

- **Klar, sanft und liebevoll sprechen**

Ein ungeduldiges oder unfreundliches Sprechen bei verwirrten Menschen führt oft dazu, dass sie zornig werden oder sich zurückziehen. Es ist wichtig, dass man mit einer klaren und liebevollen Stimme spricht. Ganz oft führt eine sanfte Stimme dazu, dass Erinnerungen an eine geliebte Person wieder wach werden (vgl. N. Feil: 2007, S. 57).

- **Spiegeln**

Der Pflegende nimmt die gleiche Körperhaltung wie die Person an, dabei achtet er auf Körpersprache und Atmung, um mit dem Desorientierten in Einklang zu kommen und dadurch seine Welt besser zu verstehen. Man spiegelt die Bewegung mit Respekt und öffnet sie nicht nach (vgl. N. Feil: 2007, S. 58).

- **Verbinden des Verhaltens mit dem menschlichen Grundbedürfnis**

Demente wollen ihre Gefühle äußern, während eine andere Person ihnen zuhört und die Gefühle benennt. Es verlangt von einem Validierenden eine sehr gute Beobachtungsgabe, weil der Demente oft diese Gefühle in Symbolen ausdrückt (vgl. N. Feil: 2007, S. 59).

- **Das bevorzugte Sinnesorgan ansprechen**

Jeder Mensch bevorzugt ein bestimmtes Sinnesorgan. Um es herauszufinden, welches Sinnesorgan jemand bevorzugt, muss man gut zuhören und beobachten können. Wenn man es herausfindet, kann man damit leichter Vertrauen aufbauen, die Sprache dieser Person sprechen und ihre Welt betreten (vgl. N. Feil: 2007, S. 60).

- **Berühren**

Im frühen Stadium wird oft das Berühren vom Desorientierten abgelehnt. In späteren Phasen wird das Berühren als angenehm empfunden. In der vierten Phase ist es oft der einzige Weg, um Kontakt aufzunehmen (z.B. Streicheln erinnert an Mutter). Einen anderen Menschen zu berühren ist etwas Intimes. Wenn manche Personen nicht berührt werden wollen, muss man es respektieren, egal ob sie verwirrt sind oder nicht (vgl. N. Feil: 2007, S. 61).

- **Musik einsetzen**

Menschen, die sich in der dritten Phase befinden, können zwar nicht mehr sprechen, aber sie können manchmal ein Gutenachtlied vom Anfang bis zum Ende singen. Etwas, was man früh gelernt hat, bleibt für immer im Gehirn gespeichert. Wenn die Wörter verschwinden, kommen früh gelernte Melodien wieder zurück. Durch Singen und Musizieren kann man Gefühle und Stimmungen ausdrücken. Sie fördert Vertrauen und Kommunikation, wobei in einer Gruppe ein Wir-Gefühl entstehen kann (vgl. N. Feil: 2007, S. 62).

2.3.2. Ziele

Das Ziel der Validation ist es, dem Menschen in seiner eigenen Wirklichkeit zu begegnen, sodass er nicht alleine ist. Durch die Validation kann er verbal und nonverbal kommunizieren, egal was er gerade auf dem Herzen hat oder wo seine Gedanken sind.

Ziele der Validation bei den desorientierten und verwirrten Menschen:

- sich aus der schmerzhaften Gegenwart des Nichtgebrauchtwerdens zurückziehen
- Angenehmes aus der Vergangenheit wiedererleben
- Langeweile durch Stimulieren sinnlicher Erinnerungen lindern
- unbewältigte Konflikte durch Ausdrücken der Gefühle lösen (vgl. N. Feil: 2013, S. 52)
- Wiederherstellen des Selbstwertgefühls
- Reduktion von Stress, Wut und Angst
- Rechtfertigung des gelebten Lebens

- Lösen der unbewältigten Aufgaben aus der Vergangenheit
- Reduktion medikamentöser und psychischer Zwangsmittel
- Verbesserung der verbalen und nonverbalen Kommunikation
- Verhindern eines Rückzugs in das Vegetieren
- Verbesserung des Gehvermögens und des körperlichen Wohlbefindens
- Förderung der aufrechteren Sitzhaltung
- Aktivierung des Sinns für Humor
- Förderung der Selbständigkeit in der eigenen Wohnung (vgl. N. Feil: 2013, S. 57)

Validationsziele der Verwandten und Pflegenden:

- Zeitersparnis durch Verbesserung der Kommunikation
- mehr Freude und Energie
- Erhöhung der Arbeit- und Berufszufriedenheit
- Verminderung vom Stress
- Vermeidung von Burn-out
- Förderung der Kommunikation im Familienkreis (vgl. N. Feil: 2013, S. 55-57)

2.4. Integrative Validation

Nicole Richard, Diplom-Pädagogin und Psychogerontologin aus Kassel, hatte ihre Methode Anfang der 90er Jahre des vergangenen Jahrhunderts erarbeitet. Bei ihrer Integrativen Validation (IVA) handelt es sich um eine Weiterentwicklung der Validation nach Naomi Feil (vgl. www.altenpflege-online.net).

Die Integrative Validation nach Richard (IVA) ist eine ressourcenorientierte Methode für den Umgang und die Kommunikation mit dementen Menschen, die auf der Biografie basiert. Der Ansatz der Integrativen Validation kann agierend und reagierend umgesetzt werden, dabei steht die wertschätzende Begleitung im Vordergrund, nicht die inhaltsbezogene Problemlösung (vgl. Altenpflege-Vorsprung durch Wissen: 9/2011, S. 27).

Die IVA stellt Ressourcen, Gefühle und Antriebe des Erkrankten bewusst in den Mittelpunkt, erklärt sie für gültig und richtungsweisend und bestätigt sie. Hierbei geht es um eine grundlegende Suchhaltung mit dem Blick für die Integration der Ressourcen in der Pflege und Begleitung. Diese komprimieren sich stark auf die erlernten Antriebe, die anerzogen oder im Leben entstanden sind (vgl. Altenpflege-Vorsprung durch Wissen: 9/2011, S. 27).

Die IVA bindet eine Biografie-Orientierung und die Bereitschaft zur Berücksichtigung der non- und paraverbalen Aspekte der Kommunikation mit ein. Insbesondere das „Validieren im Vorübergehen“, als Weiterentwicklung der „Ritualisierten Begegnung“, verdeutlicht, dass eine angemessene gefühlsorientierte Haltung eine unerlässliche Basis für die Arbeit mit demenzerkrankten Personen ist. Von besonderer Bedeutung sind die Bemühungen der IVA zur Zurückerlangung der ICH-Identität und um Schaffung nachvollziehbarer Lebenswelt-Kontexte für die Erkrankten. IVA baut Vertrauen auf und treibt die lebendigen Kompetenzen der Betroffenen an (vgl. N. Richard: 2012, www.integrative-validation.de).

2.5. Vergleich der Validationen

1990 erschien in Deutschland das Buch von Naomi Feil unter dem Titel „Validation: Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen“. In den darauf folgenden Jahren wurde ihre Arbeit zuerst in den Niederlanden und später in Europa bekannt. Als in ganz Europa und in den USA Ausbildungszentren gegründet wurden, wurde die Methode reifer, komplexer und professioneller. Die anderen Gerontologen verwendeten grundlegende Konzepte der Methode und entwickelten auch abweichende Methoden (vgl. Altenpflege-Vorsprung durch Wissen: 9/2011, S. 24).

Eine der Gerontologen war die deutsche Nicole Richard, die die "Integrative Validation" erarbeitete, wobei diese „personenzentrierten“ Ansätze auf Feils Konzept, dass sich der Pflegende in die Welt der desorientierten Person begeben muss, anstatt die betreuende Person verändern zu wollen, basieren.

Diese zwei Methoden unterscheiden sich deutlich, aber es gibt offensichtliche Ähnlichkeiten, die genauer in der Zielgruppe, Theorie, Symbolik und Methodik verglichen werden.

– Zielgruppe

Naomi Feil verwendet den Begriff „desorientierte, sehr alte Menschen“, um die Zielgruppe für ihre Methode zu beschreiben. Sie richtet ihren Schwerpunkt auf Menschen mit spät einsetzender Alzheimer-Erkrankung, deren Desorientierung aus den physischen, sozialen und psychischen Verlusten resultieren.

Feil differenziert vier Phasen der Erkrankung: mangelhafte Orientierung, zeitliche Verwirrung, wiederkehrende Bewegung und Vegetieren.

Nicole Richard formuliert keine spezifische Zielgruppe, für die ihre IVA besonders geeignet sein soll. Bei der Methode von Richard gibt es keine Altersbeschränkung, d.h. jede Person könnte „validiert“ werden, mit Ausnahme derjenigen, die an Depression oder Schizophrenie leiden. Richard lehrt, dass Demenz eine organische Gehirnerkrankung ist. Sie verwendet den Begriff „demenz Erkrankte Menschen“ bzw. „die Erkrankten“, um die Zielgruppe für ihre Methode zu beschreiben (vgl. Altenpflege-Vorsprung durch Wissen: 9/2011, S. 24).

– Theorie

Naomi Feil baut auf der Theorie des Stufenmodells der psychosozialen Entwicklung nach Erikson auf. Die letzte Phase nennt sie „Verarbeiten vs. Vegetieren“. Ihrer Meinung nach, versuchen sehr alte Menschen angenehme Erfahrungen aus der Vergangenheit zurückzuholen. Sie möchten noch einmal die schönen Momente durchleben, den Schmerz lindern und ungelöste Angelegenheiten vor ihrem Tod klären.

Die IVA nach Richard basiert auf mehreren grundlegenden Prinzipien der Naomi Feil Methode.

Beide behaupten, dass Gefühle die von einem vertrauten Zuhörer ausgedrückt und gehört werden, in ihrer Intensität abnehmen.

Bei Richard dagegen will die IVA nicht zur Bewältigung ungelöster Probleme des Lebens beitragen und geht auch nicht von einem ursächlichen Zusammenhang zwischen diesen Problemen und der Desorientierung aus. Sie konzentriert sich mehr auf die Gefühle der Betroffenen (vgl. Altenpflege-Vorsprung durch Wissen: 9/2011, S. 25).

– **Symbole**

Feil stellt in ihrer Theorie fest, dass jeder Mensch, auch der desorientierte, Symbole verwendet. Ein Symbol kann benutzt werden, um Gefühle und Bedürfnisse auszudrücken. Durch die genaue Beobachtung der Gefühle oder Bedürfnisse des Betroffenen, die er durch die Symbole ausdrückt, kann der Pflegende Vertrauen und somit die Kommunikation aufbauen. Es ist nicht wichtig, die Bedeutung des Symbols zu kennen, viel wichtiger ist es, die Gefühle oder Bedürfnisse zu erforschen.

Bei der Richard Theorie lässt sich die Bedeutung der Symbole nicht deutlich klären. Richard achtet auf die Verwendung der Symbole, aber sie vermeidet die Interpretationen (vgl. Altenpflege-Vorsprung durch Wissen: 9/2011, S. 25)

– **Methodik**

In der Methodik kann man viele Ähnlichkeiten erkennen. Beide Methoden gehen davon aus, dass die pflegende Person ihren Fokus auf die Gefühle des Betroffenen richtet und Kreativität und Erfahrung anwendet. Für beide ist es sehr wichtig, die Biografie des Betroffenen zu kennen. Die IVA nutzt die Techniken von Feil, wie des Spiegeln, des Einstellens und des authentischen Verhaltens. Richard beschreibt diese als die nonverbalen und paraverbalen Techniken. Feil bezeichnet diese aber als die Voraussetzungen für die Anwendung von Validationstechniken (vgl. Altenpflege-Vorsprung durch Wissen: 9/2011, S. 25).

Klarer lassen sich die Unterschiede zwischen beiden Methoden durch nachfolgende Übersicht präsentieren (vgl. Altenpflege-Vorsprung durch Wissen: 9/2011, S. 25-26):

Validation nach Naomi Feil:

- Der Pflegende konzentriert sich auf Gefühle oder Bedürfnisse des Patienten.
- Die Validation kann sowohl mit Einzelpersonen als auch in Kleingruppen (vier bis acht Patienten) angewendet werden. Teamarbeit wird empfohlen.
- Die Methode nutzt sowohl verbale (z.B. offene Fragen, Fragen nach dem Gegenteil und Extremen) als auch nonverbale Techniken (z.B. Berührung durch Einhaken).
- Der Pflegende soll in der Praxis alle Techniken flexibel und kreativ anwenden, je nach den Bedürfnissen.
- Respekt und Empathie sind die wichtigsten Voraussetzungen für die Validation. Der Anwender verzichtet auf die Wertung und ist bereit alten Menschen Ehre zukommen zu lassen (vgl. Altenpflege-Vorsprung durch Wissen: 9/2011, S. 26).

Validation nach Nicole Richard:

- Der Pflegende wählt ein wichtiges Element aus der Biografie und konzentriert sich auf dieses Element bei der Kommunikation.
- Die IVA praktiziert mit Einzelpersonen, aber funktioniert auch sehr gut im Team.
- Es werden Sätze, allgemeine Redensarten oder Sprichwörter benutzt, die die Gefühle des Betroffenen in der aktuellen Situation widerspiegeln, jedoch keine Fragen gestellt.
- Der Anwender beobachtet die Gefühle des Betroffenen spiegelt sie und gibt sie wieder. Er soll immer mit den am stärksten ausgedrückten Gefühlen beginnen.
- Die IVA basiert auf den Interessen und der Biografie des Patienten (Arbeit, Lebensthemen), wobei die Sätze kurz, klar, einfach und direkt formuliert werden müssen und stets auf Augenhöhe des Betroffenen erfolgen.
- Rituale werden geschaffen, die auf der Biografie der Patienten beruhen.
- Es soll immer die gleiche Situation verwendet werden, auch wenn der IVA-Anwender wechselt.

- Es soll immer der gleiche Rhythmus angewendet und mehrmals täglich als Teamarbeit durchgeführt werden.
- Die Anwender sollen nicht mit Menschen arbeiten, die starke negative Gefühle äußern.

Naomi Feils Methode ist schwieriger zu erlernen und anzuwenden. Der Weg diese Methode zu beherrschen dauert länger. Der Pflegende muss empathisch und kreativ sein, er muss viele verbale und nonverbale Techniken gebrauchen. Der tiefpsychologische Einsatz kann zu langfristigen Veränderungen sowohl beim Betroffenen als auch Pflegenden führen.

Nicole Richards Methode ist einfacher zu erlernen und anzuwenden. Der Weg diese Methode zu beherrschen ist kürzer. Die pflegende Person muss nicht empathisch sein, es werden Rituale verwendet. Die Methode fokussiert auf kurzfristige Ziele und die Vereinfachung der Arbeit des Pflegenden (vgl. Altenpflege-Vorsprung durch Wissen: 9/2011, S. 26).

2.6. Kritik der Validationstheorie

Die Validationstheorie basiert auf unterschiedlichen Konzepten, u.a. aus Modellen der "humanistischen Psychologie" (Carl Rogers, Abraham Maslow) und der Psychoanalyse (Sigmund Freud, C. G. Jung und Erik Erikson).

Dr. phil. Dipl.-Psychol. Sven Lind rezensierte das Buch von Naomi Feil „Validation“ (2002) am 12.03.2002 und erhob folgende kritische Einwände.

Zur theoretischen Fundierung behauptete er, dass sich Naomi Feil zu wenig mit der Psychoanalyse auseinandersetzte, die sogenannte "humanistische Psychologie" was bloße spekulative Gedanken-Konstrukte sind, die den Beweis eines empirisch überprüfbaren Wirklichkeitsbezuges bisher schuldig geblieben ist. Naomi Feil entwickelte in Anlehnung an Erikson ein letztes Stadium für das "hohe Alter". In der letzten Phase haben die alten Menschen eine Aufgabe ihr Leben aufzuarbeiten, damit sie im „aufgeräumten Haus“ sterben können (vgl. www.socialnet.de). Das Konzept, das auf diesen Ideengebilden aufbaut, ist von der Realität weit entfernt.

Der Rezensent Lind erwähnt kurz den Medizin- und Forschungsstand, indem er feststellt, dass die Kerngedanken und Begriffe der Validation sich nicht mit der international gültigen medizinischen Nomenklatur und dem Stand der Demenzforschung hinsichtlich Genese, Ätiologie und Verlauf der Erkrankung angleichen lassen.

Im Aspekt der psychogeriatrischen Pflege kritisiert er Naomi Feil, dass sie bei "Wahnvorstellungen und zeitlicher Desorientierung" Strategien, wie Ablenkung und "Mitgehen", d.h. die die Wahnvorstellung bestätigen, sich in sie hinein begeben mit dem Ziel, eine Lösung der psychischen Krise zu entwickeln, ablehnt. Er ist der Meinung, dass Verwirrte im "Unbewussten" die Wahnvorstellung von der Wirklichkeit unterscheiden könnten und somit dieses Vorgehen als "therapeutische Lüge" entlarven würden (vgl. www.socialnet.de).

„Dieser Ansatz von Feil, wie Wahn, Halluzination und zeitliche Desorientierung zu bagatellisieren und damit auch gleichzeitig zu verharmlosen (das "Unbewusste" vermag zwischen Wahn und Wirklichkeit zu unterscheiden), widerspricht jedweder Erkenntnis und Erfahrung in diesem Bereich. Bei Wahnvorstellungen Demenzkranker handelt es sich um schwerwiegende psychische Krisen, die ein unmittelbares Eingreifen (Ablenkung, Mitgehen u.a.) erfordern, da sonst mit einem physischen Zusammenbruch der Hochbetagten gerechnet werden muss.“ (Dr. phil. Dipl.-Psychol. Sven Lind: 2002, www.socialnet.de).

Die Kritik des Validationsansatzes liegt an mangelnder theoretischer Fundierung und mangelnden wissenschaftlichen Beweisen, sodass die Frage besteht, ob die Validation überhaupt funktioniert. Sie bietet ein Mittel an, mit dem man psychisch Kranke und an Demenz Erkrankte behandeln kann. Sie verlangt ohne Zweifel einen hohen Anspruch in der Pflege, um den alten Menschen bei der Aufarbeitung der vergangenen emotionalen Erfahrungen zu helfen, damit sie im Frieden mit sich selbst sterben können. Es werden dabei die materiellen und personellen Strukturen in den stationären Einrichtungen übersehen, die einer Umsetzung des Validationskonzeptes oft im Weg stehen. Es müsste an der Verbesserung dieser Struktur für Pflege und Betreuung gleichzeitig gearbeitet werden, damit das Pflegepersonal durch den hohen Anspruch nicht zusätzlich überfordert wird (vgl. www.books.google.de).

Validation pur oder integrativ wird oft bei den Fachkräften in der Pflege in Frage gestellt. Das ständige Verlangen nach Rezepten und Normen, wie man mit dem demenzkranken Menschen umgehen soll, verursacht die Übernahme von Gedanken- und Theorieansätzen die im Alltag den Status Allgemeingültigkeit erlangen.

Die IVA hat ebenfalls unwissenschaftliche und spekulative Erfahrungen. Auf der Homepage von Nicole Richard wird sie zitiert: „Wenn sie (die Dementen) merken, dass sie in der Gegenwart nicht mehr zurechtkommen, begeben sie sich in eine Zeit, in der sie noch zurechtgekommen sind und leben diese Szenen aktuell in der Gegenwart nach.“. Hier wird gezeigt, dass der Demenzkranke sich ganz bewusst in die Vergangenheit begibt und die angenehmen Situationen seines Lebens noch einmal durchlebt. Der Umgang und das Verständnis von demenzkranken Menschen wird über die Schmerzgrenze hinaus vereinfacht. Diese Vereinfachungen führten das Konzept der Validation zu so großem Erfolg.

Es besteht eine große Gefahr, dass mit der Validation ein Instrument zur Verfügung gestellt wird, bei dem man die demenzkranken Bewohner u.a. anlügen muss. In dem Moment geht der Respekt vor dem einzelnen Menschen verloren. Statt nur auf den Dementen therapeutisch zu blicken und ihm einen Platz in der Gesellschaft zu verschaffen, sollte auch eine Grundhaltung die Arbeit bestimmen, welche Sorgen, Nöte und Bedürfnisse des Dementen ernst nehmen. Wer davon überzeugt ist, dass es im Haus brennt und er seine Eltern retten muss, braucht niemanden der ihn spiegelt oder ein Sprichwort aufsagt. Er braucht nur die Gelegenheit zu wissen, dass seine Eltern in Sicherheit sind. Weil die Eltern den Pflegenden nicht zur Verfügung stehen und Erklärungen nicht helfen, ist es ihre Aufgabe dem Dementen die Sicherheit zu geben, nach der er verlangt (vgl. Altenpflege-Vorsprung durch Wissen: 9/2011, S. 29).

Eine bekannte Validations-Trainerin Annemarie Fläcklin, die zusammen mit Naomi Feil in der Schweiz ihre Pionierarbeit für Menschen mit Demenz geleistet hat, äußerte sich über die IVA im Interview kritisch (vgl. www.validation-eva.com).

Auf eine Frage bzw. Feststellung, dass sich in Deutschland die IVA entwickelte und leichter anzuwenden wäre, sagte sie:

„(Schmunzelt) Gehen wir doch zu Carl Rogers zurück. Ich muss mich und meine Haltung ändern, um mit dem Klienten zu arbeiten. Wenn ich nur Standardsätze benutze wie: Nach Regen kommt Sonne oder Slogans, dann kann es sein, dass die Bewohner zwar ruhig sind. Wir wollen aber, dass Sie leben und dass auch negative Gefühle wie Weinen, Wut und Trauer ihren Platz haben. Negative Gefühle werden giftig, wenn diese unterdrückt werden. Ohne disziplinierte und geschulte Empathie kommen wir nicht weiter, allerdings ist das Validationspflaster noch nicht erfunden, d.h. es gibt keine standardisierten Lösungen und Sätze, die man empfehlen kann. In dieser Hinsicht mag die integrative Validation im Gegensatz zur Validation nach Feil einfacher erscheinen, ob die praktische Nachhaltigkeit ebenso groß ist, das lasse ich jetzt dahingestellt. Validation ist eine Methode im Umgang mit Menschen mit Demenz. Es gibt nicht die Universalmethode. In meiner Werkzeugkiste muss ich verschiedene Methoden haben, und dazu gehört auch basale Stimulation, Erinnerungsarbeit oder Kinästhetik. Es ist wie beim Jassen, man muss wissen, welche Karte man ausgeben kann“ (Annemarie Fläcklin-Schonis: 12/2004).

2.7. Grenzen der Validation

Die Validation nach Naomi Feil hat viele gute Ansätze in ihrer Methode, aber natürlich auch ihre Grenzen. Jeder Mensch ist individuell, reagiert in gleichen Situationen anders, so dass man keine Schablone auf jeden Menschen aufsetzen kann. Der Anwender muss selbst ausprobieren, was und in welcher Intervention dem Betroffenen gut tut und was nicht. Er muss genau die Wirkung der Validation beobachten um selbst festzustellen, wie weit er auf die Gefühle des Menschen eingehen kann. Die Validation nach Feil hat viele psychologische Grundlagen und ist für viele Pflegekräfte schwer zu verstehen. Es kann zur Verwechslung der Techniken und zur falschen Anwendung führen. Der Anwender kann den Betroffenen, statt zu beruhigen, noch mehr überfordern oder verwirren. Wenn der Anwender besser mit der verbalen Kommunikation umgehen kann, sollte er die IVA Methode nach Richard anwenden.

Ein wichtiger Faktor ist die fehlende Zeit, die ständig in der Pflege diskutiert wird. Es gibt manche Situationen, in denen es viel effektiver ist, gleich mit dem Betroffenen zu validieren statt zu diskutieren. Manchmal hilft es besser eine

direkte, einfühlsame Ansprache, die viel Zeit und Energie erspart, zu führen, anstatt eine lange Diskussion, die noch mehr Stress und Zeitverlust mitbringt. Leider gibt es viele Situationen, die ich aus eigener Erfahrung kenne, an denen die Validation an ihre Grenzen stößt. In dieser Situation ist die Zeit eine große Problematik. Die größte Herausforderung ist die Validation der Patienten mit Weglauftendenz oder aggressivem Verhalten. Oft erlebte ich, dass ein Patient während der Abendbrotzeit nach Hause zu seinen Eltern gehen wollte und sich nicht ablenken oder beruhigen ließ, im Gegenteil, er wurde noch aggressiver. In dieser Zeit war eine Pflegekraft für 15 Bewohner zuständig, die jedoch keine Zeit für die anderen verwirrten Menschen hatte, da die Pflegekraft mindestens eine Stunde zur Beruhigung dieser Person benötigte. Das Pflegepersonal ist ständigen Stresssituationen und moralischen Konflikten ausgesetzt. Die zuständige Pflegeperson muss 15 wartende Bewohner alleine lassen, die sich aufregen und kein Verständnis dafür haben, dass sie auf ihr Abendbrot warten müssen und nicht so schnell wieder in ihre Zimmer gehen können. Der Pflegende kann sich keine Validation leisten, die länger als fünf oder zehn Minuten dauert.

Ein weiterer wichtiger Faktor ist der Personalschlüssel. In der Pflege mit dementen Menschen benötigt man mehr Personal, dass sich mit diesen Fällen beschäftigt und psychisch vorbereitet sowie Erfahrungen untereinander austauscht. Wenn eine Pflegekraft gleichzeitig fünf Bewohner versorgen muss, kann sie sich psychisch auf keine Validation vorbereiten und nicht emphatisch wirken. Gute Validation wirkt am besten, wenn das ganze Team kooperiert. Es nützt nichts, wenn ein Pflegender zu validieren versucht und ein anderer Mitarbeiter ohne professionelle Kenntnisse die Situation schlimmer macht. Nicht jeder Mensch kann emphatisch sein und seine Gefühle auf Knopfdruck umschalten.

2.8. Validation in der Praxis

„Ein Validationsanwender ist ein „Übermensch“ für drei bis zehn Minuten, denn er bringt für sehr alte, desorientierte Menschen Empathie auf und achtet ihre Gefühle als echte, ohne zu wissen, warum sich der alte Mensch so verhält.“ (N. Feil: 2013, S. 54).

Für den Validationsanwender ist die Einstellung gegenüber Dementen wichtiger als die konkrete Technik. Der Validationsanwender achtet auf die Weisheit alter Menschen, er urteilt nicht. Er akzeptiert, dass der Rückzug in die Vergangenheit für den Betroffenen eine Methode des Überlebens sein kann (vgl. N. Feil:2013, S. 51).

2.8.1. Anwendung der individuellen Validation

Die individuelle Validation passiert in drei Schritten.

Im ersten Schritt sammeln die Anwender alle Informationen über die Personen, mit denen sie arbeiten. Die Anwender müssen sich mit der Biografie des Patienten in seiner gegenwärtigen Situation und seiner Zukunftsperspektive vertraut machen. Sie können eine Zusammenfassung schriftlich vorbereiten. Sie bestimmen die Phase der Aufarbeitung, sie forschen nach unterdrückten Emotionen, unvollendeten Lebensaufgaben und unerfüllten Bedürfnissen. Sie erkundigen sich nach früheren Beziehungen: Familie, Freunde, Tod von wichtigen Personen. Die Bedeutung der Religion, des Berufes, der Hobbys spielt auch eine große Rolle. Die Anwender beschäftigen sich mit den Krankengeschichten, überprüfen die psychiatrische Anamnese und das Verhalten in den Krisensituationen des Patienten. Diese Informationen können die Anwender durch einen mündlichen Bericht, das Beobachten der körperlichen Charakteristika oder durch das Befragen der Angehörigen erhalten. Sie sollten den Patienten mindestens zwei Wochen beobachten, weil sich der Zustand der desorientierten Menschen ständig ändert. Die Anwender müssen vor allem Vertrauen zum Betroffenen herstellen, damit er sich sicher fühlt und sein Selbstwertgefühl und seine Würde steigen. Bei der Kommunikation können sie auf Zeitspannen verzichten, sie können Fragen nach dem „Hier und Jetzt“ und dem „Damals und Dort“ stellen. Eine effektive Methode zur Sammlung von Informationen ist auch das Beobachten der körperlichen Eigenschaften z.B. Faltentypen im Gesicht, eingezogener Hals, ungepflegte Haare und Verhalten der Augen. Ein weiteres wichtiges Element ist das Herausfinden des bevorzugten Sinnesorganes und das Beobachten der Körpersprache.

Im zweiten Schritt wählen die Anwender anhand der gewonnenen Informationen aus der Phase der Aufarbeitung eine richtige Validationstechnik aus.

Im dritten Schritt besuchen die Anwender die Person regelmäßig und wenden die Validationstechnik an. Die Zeit der individuellen Validation hängt von der verbalen Fähigkeit des Patienten, seiner Konzentrationsfähigkeit und der Desorientierungsphase ab. Die Kommunikation muss individuell angepasst werden und könnte durchschnittlich bis zu zehn Minuten dauern (vgl. N. Feil: 2013, S. 80-86)

(Ein Beispiel aus persönlicher Erfahrung im Pflegeheim, siehe Anlage 4)

2.8.2. Anwendung der Gruppenvalidation

Eine Gruppenvalidation funktioniert gut mit Personen in Phase II (zeitverwirrt) und Phase III (wiederholende Bewegungen). In der Gruppe schauen sich die Menschen an, berühren sich, erinnern sich an die Rollen in der Familie. Sie hören zu, sie sprechen einander an, teilen gemeinsam Probleme und sie validieren einander. Desorientierte Personen, die Angst vor Gefühlen haben und ihre Desorientierung bewusst wahrnehmen, aber nicht akzeptieren wollen, gehören nicht in eine Validationsgruppe. Diese Methode besteht aus sieben Schritten (vgl. N. Feil: 2013, S. 106).

Im ersten Schritt wird das Kennenlernen der Personen genauso behandelt wie bei der individuellen Validation. Im zweiten Schritt werden die Mitglieder ausgewählt. Der Erfolg der Gruppe hängt davon ab, wie gut der Anwender die einzelnen Personen ausgewählt hat. Im Schritt drei versucht der Anwender für jedes Mitglied eine Rolle zu finden. Alle Teilnehmer werden einbezogen, sie werden gebraucht um das Selbstwertgefühl zu stimulieren. In der Gruppe könnte sich z.B. ein Begrüßer, Vorsänger, Klatscher, Vorleser, Sekretär, Leiter und Gastgeber finden. Im vierten Schritt ist die Unterstützung des gesamten Personals wichtig. Das Einbeziehen aller Mitarbeiter oder Angehörigen hilft beim Organisieren des gesamten Treffens (vgl. N. Feil: 2013, S. 107-110).

Im fünften Schritt spielen verschiedene Aktivitäten eine Rolle. Bei jedem Treffen gibt es Musik, Diskussion, Bewegung und Essen. Sie integrieren sich in der Gruppe durch die gleichbleibende Reihenfolge der Aktivitäten. Im sechsten Schritt wird das Treffen vorbereitet. Hier wird die Tagesordnung geplant, Lieder und Musik, Diskussionsthemen, Gedichte, Tänze und Erfrischungen ausgewählt. Der Raum wird entsprechend vorbereitet und das erforderliche Material ausgesucht. Im letzten Schritt ist die Struktur des Treffens vorgestellt. Die Gruppe muss sich regelmäßig einmal pro Woche zur gleichen Zeit und am gleichen Ort treffen. Das Treffen könnte bis zu einer Stunde dauern. Die Gruppe besteht aus vier Teilen: Geburt (Energie), Leben (der verbale Teil der Gruppe, Problemlösung), Ende (optimistisches, intimes Gefühl) und Vorbereitung für das nächste Treffen (vgl. N. Feil: 2013, S. 110-116).

Es ist sehr angenehm, wenn ein Gruppenleiter jemanden hat, der ihm bei bestimmten Aufgaben aushelfen kann. Für ein Feedback ist es hilfreich, wenn ein Co-Leiter auch das Gruppentreffen beobachtet und danach mit dem Leiter die Sitzung auswertet (vgl. N. Feil: 2013, S. 121).

Es ist wichtig, die Teilnehmer der Gruppe nach einer Sitzung in eine gesellige Situation überzuleiten und nicht allein oder isoliert in ihren Zimmern sitzen zu lassen. Nach der Sitzung füllen der Leiter und der Co-Leiter das Evaluationsformular für die Gruppe aus, um sich auf die nächste Sitzung vorzubereiten. (Vgl. N. Feil: 207, S.224)

2.9. Rolle der Validation in der Sozialen Arbeit

Aufgrund des demografischen Wandels werden psychische Erkrankungen, die mit dem Alter verbunden sind, stark ansteigen. Die steigende Lebenserwartung der Menschen und die wenigen Geburtsraten lassen erahnen, dass man in der Zukunft vorwiegend mit älteren Patienten zu tun haben wird, die an Demenzen, Depressionen und Ängsten erkranken (vgl. www.tup-online.com).

In Deutschland leben gegenwärtig 1,5 Millionen Demenzkranke. Zwei Drittel von ihnen haben bereits das 80. Lebensjahr vollendet, nur etwa 20.000 sind jünger als 65. Die Zahl der Erkrankten wird jedes Jahr um 40.000 zunehmen und bis 2050 auf etwa 3 Millionen steigen (vgl. www.deutsche-alzheimer.de).

Da die Zahlen rasant steigen, werden die Sozialarbeiter beruflich immer häufiger mit alten Menschen konfrontiert. Das betrifft nicht nur die geriatrischen Einrichtungen, Pflegeheime und Sozialstationen sondern das ganze Gesundheitswesen, Beratungseinrichtungen für Familien usw. Immer mehr ältere psychisch veränderte Menschen kommen in die Krankenhäuser, Tageskliniken, Rehabilitationszentren, psychiatrische Einrichtungen, Beratungszentren und Wohngemeinschaften. In allen Einrichtungen wird sich die Soziale Arbeit noch intensiver mit den Demenzkranken oder psychisch veränderten Menschen als bis jetzt beschäftigen. Sie können praktische Ratschläge geben, verschiedene Bereiche bei der Versorgung der Angehörigen vernetzen und Probleme lösen. Das bedeutet, dass die Sozialarbeiter die Bewohner und ihre Angehörigen intensiv begleiten, beraten und unterstützen müssen.

Das Wissen über Symptome, Krankheitsbilder und vor allem über den richtigen Umgang sowie die Kommunikation mit den Demenzkranken ist für die Sozialarbeiter genauso wichtig und notwendig, wie für die Pflegenden.

Die Aufgabe der Sozialen Arbeit im Gegensatz zur Medizin ist die Selbstbestimmung des Patienten beizubehalten, die Stärkung der Persönlichkeit zu fördern und Hilfestellung im psychosozialen Bereich zu leisten. Voraussetzung dafür ist ein spezielles Basisverhalten. Ein Sozialarbeiter handelt nicht defizit-, sondern ressourcenorientiert, begleitet die Personen in ihrem Kontext und lernt den Menschen durch seine Biografie und Kommunikation kennen. Hier spielt die Validation als eine Kommunikationsmethode eine primäre Rolle.

Deswegen ist es so wichtig, dass die Sozialarbeiter mit den desorientierten Menschen auch kommunizieren können. Dafür benötigen sie entsprechendes Fachwissen über die Validation, damit sie die Bewohner würdevoll mit fachlichen Kompetenzen begleiten, stärken, motivieren und dabei helfen, ihr vergangenes Leben zu verarbeiten.

2.10. Schlussforderung

Der Mensch als soziales Wesen braucht Kontakt zu anderen Menschen. Jeder Mensch möchte eine Beziehung aufbauen. Dafür hat er die Fähigkeit zu kommunizieren, in dem er die menschliche Sprache und die Körpersprache benutzt. Die sprachliche Fähigkeit ist etwas Besonderes. Durch die Sprache wollen wir unsere Gefühle, Erinnerungen, Ängste, Träume und Bedürfnisse mitteilen. Anhand der Kommunikation bilden wir eine Gemeinschaft. Wenn wir einen Menschen mit Demenz begegnen, werden wir Schwierigkeiten mit der Kommunikation und dem gegenseitigen Verstehen haben. Mit der Erkrankung verändert sich die Sprachwahrnehmung. Der Wortschatz schwindet, Begriffe, Sätze und Zusammenhänge können nicht mehr eindeutig verstanden und umgesetzt werden. Das führt zur Verwirrung, Desorientierung, Aggression und Wut. Wir wissen immer noch zu wenig, wie demenzkranke Menschen fühlen und wie sie ihre Umwelt wahrnehmen. Wir können nicht behaupten, dass sie überhaupt nichts verstehen. Jeder Mensch hat das Bedürfnis in eine Beziehung zu anderen Personen zu treten und ein Teil der Gesellschaft zu sein. Um diese Chance den Demenzkranken zu geben, in diese Beziehung zu treten, müssen wir uns mit den verschiedenen Krankheitsbildern der Demenz, mit der Kommunikation und mit dem entsprechenden Umgang beschäftigen. Durch diese theoretischen Erkenntnisse und die praktische Anwendung, können wir die Betroffenen besser verstehen und mit ihnen kommunizieren, ohne dass sie verwirrt werden. Dazu ist die Validation als eine Möglichkeit in die Welt der Erkrankten einzutreten, um sie besser zu verstehen und das Vertrauen aufzubauen. Durch den demografischen Wandel werden die Dementen einen großen Teil unserer Gesellschaft darstellen und sie können nicht so von der Gemeinschaft abgegrenzt werden. Heutzutage müssen wir lernen, wie wir mit der Krankheit und mit den älteren Menschen als Teil der Gesellschaft umgehen sollen. So wie wir den Entwicklungsprozess eines kleinen Kindes kennen, müssen wir den neuen Abbauprozess des „sehr alten Menschen“ kennenlernen. Bis jetzt kannten wir eine Richtung, dem Kind die Sprache beizubringen, um mit ihm zu sprechen. Jetzt lernen wir mit den sehr alten Menschen ohne Sprache zu kommunizieren. Für die nonverbale Kommunikation bietet Naomi Feil viele Möglichkeiten mit Demenzkranken in Kontakt zu treten, um eine Beziehung aufzubauen.

Bevor ich mich mit dem Thema Demenz beschäftigte, arbeitete ich im Pflegeheim mit schwer dementen Menschen. Am Anfang konnte ich die Handlungen und die Sprache (Wortfindungsstörung) der Menschen nicht verstehen. Ich dachte oft nach, warum die Menschen sich so verhalten und bekam manchmal Angst, wenn sie aggressiv oder wütend waren. Ich fing an, über Demenz und Krankheitsverläufe zu lesen und nach dem richtigen Umgang mit diesen Menschen zu suchen. Ich stieß während meiner Arbeit und meines Studiums auf den Begriff „Validation“ als eine Kommunikationsmethode. Ich vertiefte mein Wissen über das Thema und wusste, dass ich die Methode unbedingt ausprobieren möchte. Ich versuchte zuerst die Theorie in kleinen Schritten anzuwenden und bemerkte, dass sie positiv auf die Bewohner wirkte. Ich fühlte mich sicherer bei der Anwendung der verbalen Kommunikation, obwohl ich nicht immer Erfolg hatte oder Zeit für die richtige Validation. Es war oft ein Versuch wert, den Menschen zu helfen. Sie wollten ihre Gefühle aussprechen und was wichtiger war, sie wollten, dass ihnen jemand zuhört. Ich entschied mich für dieses Thema, weil ich mich mit diesem Bereich der sozialen Arbeit identifizieren kann und meine Kenntnisse noch erweitern wollte. Durch den täglichen Kontakt mit den Menschen lag mir das Thema sehr am Herzen und war mir nicht fremd.

Zurzeit sind die Fachkräfte der sozialen Arbeit in stationären Einrichtungen eher bescheiden vertreten. Der Bedarf an sozialer Betreuung in Heimen steigt zusammen mit der Qualität der Altenpflege. In vielen Einrichtungen gestalten die Sozialarbeiter die soziale Betreuung der Bewohner durch direkte und indirekte Leistungen. Direkt werden die Leistungen auf die Bewohner und ihre Begleitung und indirekt werden die Leistungen auf die Rahmenbedingungen des Heimes gezielt. Eine sehr wichtige Rolle spielen die Sozialarbeiter bei der Heimaufnahme. Die älteren, verwirrten Menschen brauchen bereits beim Umzug besondere Hilfe und Unterstützung, da dies den älteren Menschen besonders schwer fällt. Sie benötigen eine Bezugsperson während der Eingewöhnungsphase. Um einen Rückzug aus der Gemeinschaft, eine Depression oder einen psychischen und körperlichen Abbau des Menschen zu vermeiden, braucht diese eine professionelle Betreuung des Sozialarbeiters, der mit Empathie und dem professionellen Fachwissen über die Kommunikation und dem richtigen Umgang mit verwirrten alten Menschen umgehen kann.

Jeder noch so sehr verwirrte Mensch hat seine eigene Persönlichkeit und reagiert im späten Alter sehr verschieden auf eine neue Situationen, die ihn noch mehr verwirren können. Deswegen ist eine schnelle Einschätzung des erfahrenen Sozialarbeiters sehr wichtig, ob er eine Integrative Validation oder Validation nach Feil einsetzen kann. Hier benötigt die Fachkraft eine sichere und praktische Erfahrung um flexibel die Methoden der Validation zu wählen. Wahrscheinlich ist es sinnvoller bei fremden Bewohnern oder bei Umzug eine Integrative Validation nach Richard zu wählen, die sich am Gefühl des Betroffenen orientiert, nicht in die Tiefe geht und zur Bewältigung ungelöster Probleme dient.

In späteren Phasen oder nach einem längeren Aufenthalt im Heim würde ich Validation nach Feil empfehlen, weil man viel intensiver und individueller mit der Biografie des Bewohners arbeitet. Aus Erfahrung weiß ich, dass man im Alltag mit unterdrückten Gefühlen der Bewohner konfrontiert wird, die oft nicht in kurzer Zeit mit einfachen Redewendungen und allgemeinen Sprüchen gelöst werden können.

Auf die Frage, welche Rolle die Soziale Arbeit in der Validation spielt, versuchte ich mit der vorliegenden Arbeit meine privaten und praktischen Erfahrungen mit dem theoretischen Teil zu verbinden. Aus Erfahrung weiß ich, dass die Theorie selten mit der Praxis übereinstimmt. Ich komme zu meiner Schlussfolgerung, dass die beiden Methoden der Validation von großer Bedeutung in der sozialen Arbeit sind, die auch sehr wohl in der Praxis funktionieren und sehr positiv auf die Bewohner wirken. Die größte Herausforderung für den Sozialarbeiter ist die Fähigkeit die beiden Methoden so zu beherrschen, dass er in entsprechender Situation die richtige Technik und Methode aussucht und sicher in seiner Entscheidung auftritt. Das verlangt natürlich von der sozialen Fachkraft ein kompetentes Fachwissen, viel Berufserfahrung, viel Fingerspitzengefühl, viel Empathie und vor allem Motivation den verwirrten Menschen zu helfen und ihnen die Lebensqualität zu erhöhen.

III Anlagenverzeichnis:

Anlage 1 Begriffe

Anlage 2 Demenz-Kranke weltweit. Statistik

Anlage 3 Ein Beispiel aus persönlicher Erfahrung im Pflegeheim

Anlage 1

Begriffe:

Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)- Erkrankung, die zu schweren Störungen im Abwehrsystem des Körpers führt, und meist tödlich verläuft. (Duden 1996 Deutsches Universalwörterbuch. 3. Aufl. Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich: Dudenverlag)

Chorea Huntington- ist eine genetisch bedingte, durch Hyperkinesen gekennzeichnete neurologische Erkrankung. Beruht auf einer genetischen Mutation am Chromosom 4, was heute diagnostisch verwertet wird (Doccheck Flexikon 2015: Chorea Huntington. http://flexikon.doccheck.com/de/Chorea_Huntington, verfügbar am: 12.01.2016).

Hydrozephalus- wird eine angeborene oder erworbene Erweiterung der inneren beziehungsweise äußeren Liquorräume aufgrund einer Liquorzirkulationsstörung bezeichnet (Doccheck Flexikon 2015: Hydrozephalus. <http://flexikon.doccheck.com/de/Hydrozephalus>, verfügbar am: 12.01.2016).

Liquorräume- ist ein Hohlraumssystem im bzw. um das Gehirn und Rückenmark herum, das eine wasserklare Flüssigkeit, in der ein zentrales Nervensystem enthält (Doccheck Flexikon 2015: Liquorräume. <http://flexikon.doccheck.com/de/Liquor>, verfügbar am: 12.01.2016).

Mini Mental State Test (MMST)- dient zur diagnostischen Verifizierung und Abklärung von psychischen Leistungsstörungen, sowie zu deren Verlaufsbeobachtung. Er ermöglicht jedoch keine Diagnosestellung der verschiedenen Demenz-Formen (Doccheck Flexikon 2015: Mini Mental State Test. http://flexikon.doccheck.com/de/Mini_Mental_State_Test, verfügbar am: 12.01.2016).

Multiple Systematrophie (MSA)- versteht man degenerative Prozesse im Bereich des Zentralnervensystems, die zu Beeinträchtigungen der Funktion

des Kleinhirns, des autonomen Nervensystems, der pyramidalen und der extrapyramidalen Motorik führen (Doccheck Flexikon 2015: Multiple Systematrophie. http://flexikon.doccheck.com/de/Mini_Mental_State_Test, verfügbar am: 12.01.2016).

Multi-Infarkt-Demenz (MID)- ist eine Art Demenz, die von vielen kleinen Blutgerinnseln (Verstopfungen in den Gefäßen) im Gehirn ausgelöst werden (Netdoktor 2004: Multi-Infarkt-Demenz. <http://www.netdoktor.at/krankheit/multiinfarktdemenz-7532>, verfügbar am: 12.01. 2016).

Neurodegeneration mit Eisenablagerung im Gehirn (NBIA)- handelt es sich um eine sehr seltene neurodegenerative Krankheit, bei der sich intrazerebral, vor allem in den Basalganglien, Eisenablagerungen nachweisen lassen (Doccheck Flexikon 2015: Neurodegeneration mit Eisenablagerung im Gehirn. http://flexikon.doccheck.com/de/Neurodegeneration_mit_Eisenablagerung_im_Gehirn, verfügbar am: 12.01.2016).

Nürnberger-Alters-Inventar (NAI) - Testinventarium zur Erfassung von kognitiven Leistungsfähigkeit, Verhalten, Befindlichkeit und Selbstbild in höheren Lebensalter (Kurzinformation 2015: Nürnberger-Alters-Inventar. [file:///C:/Users/Anka/Downloads/NAI-Kurzinfo%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Anka/Downloads/NAI-Kurzinfo%20(1).pdf), verfügbar am: 12.01.2016).

Progressive supranukleare Paralyse (PSP)- ist eine neurodegenerative Erkrankung unbekannter Genese, die mit einer progredienten Zelldestruktion im Bereich der Basalganglien einhergeht (Doccheck Flexikon 2015: Progressive supranukleare Paralyse. http://flexikon.doccheck.com/de/Progressive_supranukle%C3%A4re_Blickparese, verfügbar am: 12.01.2016).

Shy-Drager-Syndrom- ist eine seltene degenerative Erkrankung des vegetativen (autonomen) Nervensystems und somit ein Krankheitsbild aus der Neurologie. Der Begriff "Shy-Drager-Syndrom" wird zwar noch verwendet, ist aber veraltet. Das Syndrom wird heute unter die Multisystematrophien (MSA) mit Parkinsonsymptomatik eingeordnet

(Doccheck Flexikon 2015: Shy-Drager-Syndrom. <http://flexikon.doccheck.com/de/Shy-Drager-Syndrom>, verfügbar am: 12.01.2016).

Syndrom-Kurz-Test (SKT)- ist ein psychometrisches Testverfahren zur Beurteilung einer Demenz (Doccheck Flexikon 2015: Syndrom-Kurz-Test. <http://flexikon.doccheck.com/de/Syndrom-Kurz-Test>, verfügbar am: 12.01.2016).

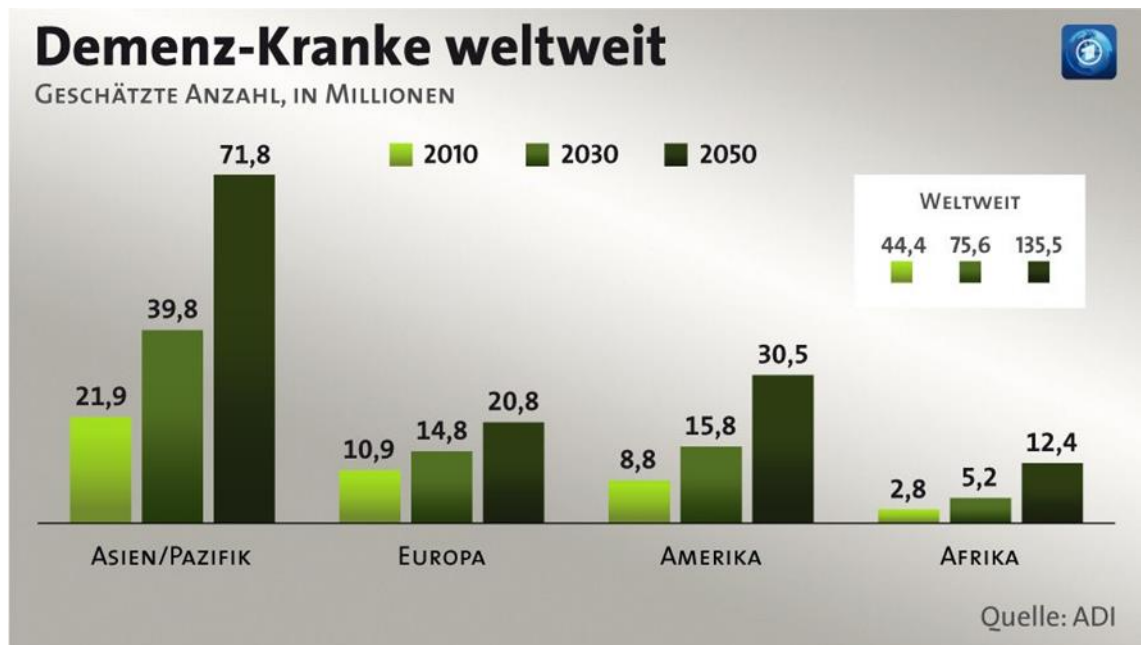
Subkortikale arteriosklerotische Enzephalopathie (SAE, Synonym: Morbus Binswanger oder auch Multiinfarkt-Demenz) - ist eine durch Gefäßveränderungen (Arteriosklerose) hervorgerufene Erkrankung des Gehirns (Enzephalopathie), die Gehirnbereiche unterhalb der Großhirnrinde (Cortex) betrifft (subkortikal) (Mehrke 2015: Subkortikale arteriosklerotische Enzephalopathie. <http://www.mehrke.de/Vorlesungen/Neurologie/Demenzerkrankungen.pdf>, verfügbar am: 12.01.2016).

Syphilis (Lues venerea) – handelt es sich um eine weltweit verbreitete Geschlechtskrankheit, die durch eine Infektion mit dem Bakterium *Treponema pallidum* ausgelöst wird (Geschlechtskrankheiten 2015: Syphilis. <http://www.geschlechtskrankheiten.de/syphilis/>, verfügbar am: 12.01.2016).

Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung (TFDD)- handelt sich um Früherkennung von Demenzen, das die Abgrenzung einer Depression ermöglicht (Doccheck Flexikon 2015: TFDD. <http://flexikon.doccheck.com/de/TFDD>, verfügbar am: 12.01.2016).

Anlage 2

Demenz-Kranke weltweit. Statistik



(Welt-Alzheimer-Bericht 2015, www.tagesschau.de)

Anlage 3

Ein Beispiel aus persönlicher Erfahrung im Pflegeheim

Eine Bewohnerin, die sich gerade in der zweiten Phase der Zeitverwirrtheit befindet, hat seit ungefähr zwei Wochen sehr extreme Weglauftendenz. Aus der Biographie wusste ich, dass die Bewohnerin sehr lange zusammen mit den Eltern auf dem Land lebte und die Landwirtschaft betrieb. Sie hatte keinen Mann und keine Kinder, sie hatte 8 Geschwister. Jeden Tag vor dem Abendbrot wollte die Bewohnerin nach Hause zu ihren Eltern. Sie lief auf dem Gang hin und her sehr aufgeregt und suchte den Ausgang. Ich ging auf sie zu, schaute ihr in die Augen und legte meine Hand auf ihre Schulter. Sie reagierte am Anfang sehr abweisend, ging einen Schritt zurück, ließ sich nicht anfassen, rief laut: „Ich muss nach Hause, die Kühe stehen noch auf der Weide, ich muss meiner Mutter helfen“.

Ich fragte: „Ah Sie müssen nach Hause zu ihrer Mutter?“

Sie: „Ja, ich muss meiner Mutter im Stall helfen.“

Ich: „Die Kühe stehen noch auf der Weide?“

Sie: „Ja, ich muss die Kühe nach Hause treiben und sie melken.“

Ich: „Wo stehen jetzt die Kühe? Ist es weit?“ (in der Zeit versuchte ich die Bewohnerin zu berühren und führte zum Fenster. Sie ließ sich führen und wollte weiter erzählen)

Sie: „Dort auf der Wiese, helfen Sie mir, ich muss jetzt gehen.“

Ich: „Was müssen Sie im Stall alles machen?“

Sie: „Ich muss mich um die Tiere kümmern.“

Ich: „Sie helfen viel ihren Eltern, nicht wahr? Machen Sie das jeden Abend?“

Sie: „ Ja, ich arbeite schwer auf dem Land, wir haben 5 Kühe, meine Mutter schafft das nicht alleine, helfen sie mir, ich muss jetzt gehen.“(Sie fing an zu weinen)

Ich: „ Weinen Sie nicht, ich versuche ihnen zu helfen.“ (Ich nahm ihre Hand, schaute ihr in die Augen, versuchte mit liebevoller Stimme zu beruhigen)

Sie: „ Gehen Sie mit mir, zeigen Sie mir den Weg“ (Ich gehe mit ihr die Gänge entlang, es wird schon dunkel, ich nehme ihre Hand und führe sie ins Zimmer)

Ich: „ Glauben Sie, die Tiere stehen noch im Dunkel draußen? Sie sind bestimmt schon lange im Stall, die Schwestern helfen doch auch mit oder?“

Sie: „ Ja, aber sie sind nicht immer jeden Tag da.“ (Ich lenkte das Gespräch auf die Geschwister um, Bewohnerin lässt sich auf das Gespräch ein)

Ich: „ Schauen Sie, es ist jetzt sehr dunkel draußen, Sie können jetzt nicht alleine gehen es wäre zu gefährlich, glauben Sie mir, die Tiere sind bestimmt versorgt, Sie wirken sehr müde, wollen Sie sich lieber in ihren Sessel hinsetzen?“

Die Bewohnerin wirkt kraftlos immer noch ab und zu weinend, geht zum Sessel, ohne was zu sagen, setzt sich darein. Ich beuge mich zu ihr vor auf die Augenhöhe, schaue ihr in die Augen, streichele am Rücken und sage: „ Ich bringe Ihnen gleich das Abendbrot ins Zimmer, Sie können sich ausruhen“.

Die Bewohnerin blieb im Zimmer sitzen, wurde ruhiger und durch das Essen wurde sie abgelenkt. Ich dachte darüber nach und stellte fest, dass sie ihre Gefühle bei mir aussprechen und sich ausweinen konnte. Es war einfach jemand da, der ihr zuhörte und für sie da war.

IV Quellenverzeichnis:

Büchern:

Ambulante Betreuung Hilfs- und pflegebedürftiger Menschen (2009):
Demenz Assistenz für einen gelingenden Alltag. Braunschweig: Institut für
Fort- und Weiterbildung sozialer Berufe e.V. Verlag.

Buijssen H. (2008): Demenz und Alzheimer verstehen. Erleben- Hilfe-
Pflege: ein praktischer Ratgeber. 1. Aufl. Birkenau: Beltz Verlag.

Dr. med. Günter Krämer, Prof Dr. med. Hans Förstl (2008): Alzheimer und
andere Demenzformen. Antworten auf die häufigsten Fragen. 5. Aufl.
Stuttgart: Trias Verlag

Feil N. (2007): Validation in Anwendung und Beispielen. Der Umgang mit
verwirrten alten Menschen. 5. Aufl. München: Reinhardt Verlag.

Feil N. (2013): Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter
Menschen. 10. Aufl. München: Reinhardt Verlag.

Prof. Dr. Mike M., Lic. Phil. Schelling H. R. (2005): Demenz in
Schlüsselbegriffen. Grundlagen und Praxis für Praktiker, Betroffene und
deren Angehörige. 1. Aufl. Bern: Hans Huber Verlag.

Spreti F. Martius P. Förstl H. (Hrsg.) (2012): Kunsttherapie bei
psychischen Störungen. 2. Aufl. München: Urban & Fischer Verlag.

Artikel:

Altenpflege. Vorsprung durch Wissen (2011) „Validation: Empathische
Begegnung“, Vincentz 9/2011, S.30-32

Internet :

Alzheimerinfo (2015): Formen der Demenz
(<http://www.alzheimerinfo.de/alzheimer/formen/>, verfügbar am: 6.1.2016)

Altenpflege. Vorsprung durch Wissen (2014): „Trauer um Nicole Richard“ (<http://www.altenpflege-online.net/Infopool/Nachrichten/Trauer-um-Nicole-Richard>, verfügbar am 07.01.2016)

Apotheken Umschau (2014): Parkinson Krankheit. (<http://www.apotheken-umschau.de/Parkinson>, verfügbar am 06.01.2016)

BMFSFJ (2015): Krankenkassen – Leistungen im Überblick. (<http://www.wegweiser-demenz.de/informationen/gesetzliche-leistungen/krankenversicherung.html>, verfügbar am 07.01.2016)

BMG (2015): Informationen zu den Krankheiten „ Was ist eine Demenz?“ (<http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/demenz.html>, verfügbar am: 6.1.2016)

Demenzlexikon (2014): Integrative Validation nach Richard (IVA). (https://www.alzheimerbw.de/fileadmin/AGBW_Medien/Dokumente/Demenzen/Demenzlexikon/Demenzlexikon_I.pdf, verfügbar am 07.01.2016)

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (ohne Jahrgang): Die Alzheimer -Krankheit und andere Demenzformen. Creutzfeldt-Jakob Krankheit. Frankfurt (<https://www.deutsche-alzheimer.de/die-krankheit/andere-demenzformen/creutzfeldt-jakob-krankheit.html>, verfügbar am 06.01.2016)

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (ohne Jahrgang): Die Alzheimer -Krankheit und andere Demenzformen. Vaskuläre Demenz. München (<https://www.deutsche-alzheimer.de/die-krankheit/andere-demenzformen/vaskulaere-demenz.html>, verfügbar am 06.01.2016)

Ein Leben für die Validationsmethode (12/2004): Tertium ZfP Interview - Annemarie Fläcklin-Schonis. (<http://www.validation-eva.com/pdf/interview-flaeklin.pdf>, verfügbar am 07.01.2016)

Erlemeier N. (2002, S.239-241): Alternspsychologie. Grundlagen für - und Pflegeberufe. 2. Aufl. Berlin: Waxmann Verlag. (https://books.google.de/books?id=cz10VwE_bEYC&pg=PA239&lpg=PA239&dq=kritik+der+methode+von+naomi+feil&source=bl&ots=FoOnciGz2d

&sig=CkEM6MWiC91M0doxk8KIW3Msk7E&hl=de&sa=X&ved=0ahUKEwiF_sjN79XJAhUD0hoKHVB6B90Q6AEIUDAH#v=onepage&q=kritik%20der%20methode%20von%20naomi%20feil&f=false, verfügbar am 07.01.2016)

European Validation Association (2015): Was ist Validation. (<http://www.validation-eva.com/index.php/de/validation>, verfügbar am 07.01.2016)

Evangelische Altenpflegeheim Seelsorge (2015): Emotionale Kommunikation. (<http://www.seelsorge-im-alter.de/leben-im-alter/lebensbilder/krankheitsbilder-und-krisen-im-alter/demenz/emotionale-kommunikation>), verfügbar am 07.01.2016)

Gesundheitliche Aufklärung (2009): Doppelt so viele Demenzkranke bis 2050. (<http://www.gesundheitlicheaufklaerung.de/doppelt-soviele-demenzkranken-bis-2050>, verfügbar am 07.01.2016)

Integrative Validation (IVA) (2012): Die Integrative Validation nach Richard. (<http://www.integrative-validation.de/>, verfügbar am 07.01.2016)

Sozialnet. Das Netz für die Sozialwirtschaft (2002): Naomi Feil: Validation. (<https://www.socialnet.de/rezensionen/260.php>, verfügbar am 07.01.2016)

Südwest Presse (2013): Margarita Schmidt "Das Herz wird nicht dement". (http://www.swp.de/schwaebisch_hall/lokales/schwaebisch_hall/art1188139,1863162, verfügbar am 07.01.2016)

Tagesschau (2015) Welt-Alzheimer-Bericht 2015. Zahl der Demenzkranken steigt. (<https://www.tagesschau.de/ausland/alzheimer-demenz-101.html>, verfügbar am: 06.1.2016)

Upendo (2004): Demenz - Martin Weidenfelder: „Die Würde des Demenzkranken ist unantastbar“. (<https://www.upendo.tv/huemer-mediaservice/demenz-martin-weidenfelder-die-wuerde-des-demenzkranken-ist-unantastbar>, verfügbar am 07.01.2016)

V Eigenständigkeitserklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Bearbeitungsort, Datum

Unterschrift